

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N^o
235

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1932.

PAR

Guy-Gérard-Henri-Robert LARDENNOIS

Né le 25 octobre 1903, à Reims.

Contribution à l'Étude
des
Résultats éloignés de la Gastrectomie
dans l'Ulcère gastrique

Président de Thèse : M. le Professeur OMBREDANNE.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1932

Contribution à l'Étude
des
Résultats éloignés de la Gastrectomie
dans l'Ulcère gastrique

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1932.

PAR

Guy-Gérard-Henri-Robert LARDENNOIS

Né le 25 octobre 1903, à Reims.

Contribution à l'Étude

des

Résultats éloignés de la Gastrectomie
dans l'Ulcère gastrique

Président de Thèse : M. le Professeur OMBREDANNE.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN..... M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie.....	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENNORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
	II. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
	TERRIEN.
	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	OMBREDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	PIETRE DUVAL.
	SERGENT.
	LÉON BERNARD.
	MAUCLAIRE.
	MULON.
Professeur sans chaire.....	



II. -- AGREGES EN EXERCICE

MM

ALAJOUANINE . . . Neurologie et psychiâtr.
 AUBERTIN. Pathologie médicale.
 BÉNARD Henri. Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET. Pharmacologie.
 CADENAT. Pathologie chirurgicale.
 CATHALA. Pathologie médicale.
 CHABROL. Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER. . . Pathologie médicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. . . . Pathologie médicale.
 ECALLE Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GASTINEL. . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART
 d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GIROUD. Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD. Pharmacologie.
 HOVELACQUE . . Anatomie.
 HUGUENIN. . . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. Pathologie médicale.
 JOANNON. Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE Guy. . Pathologie médicale.
 LEVEUF. Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. . Neuro-psychiâtrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MILLOT. Histologie.
 MONDOR. Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 OBERLING. . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. Anatomie.
 PIÉDELIEVRE. . . Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHEL. Physiologie.
 SANNIÉ. Chimie biologique.
 SÉZARY. Dermatologie et syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER. Ophtalmologie.
 VERNE. Histologie.
 VIGNES. Obstétrique

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUENIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX. Obstétrique.
 LEROUX. Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER. . . . Histologie.
 ZIMMERN. Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LE LORIER	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, Profes- seur sans chaire. .	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MA FILLE GHISLAINE

A MON GRAND-PERE

A MA MERE

A MON BEAU-PERE

A MES AMIS

A MON PÈRE LE DOCTEUR HENRY LARDENNOIS

Professeur

de Clinique Chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Reims
Membre correspondant de la Société Nationale de Chirurgie
Officier de la Légion d'Honneur

Témoignage de filiale affection.

A MON ONCLE LE DOCTEUR GEORGES LARDENNOIS
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital des Ménages (Issy)
Officier de la Légion d'Honneur

Qu'il trouve ici l'expression de ma vive reconnaissance pour les encouragements qu'il m'a toujours prodigués et l'assurance de mon affectueux attachement.

A MON BEAU-FRÈRE LE DOCTEUR JEAN BILLARD
Professeur de Pathologie externe à l'Ecole de Médecine
de Reims
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON BEAU-FRÈRE LE DOCTEUR FERNAND CHATILLON
Privat Docent d'Obstétrique et de Gynécologie
à l'Université de Genève
Médecin Adjoint de la Maternité

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE LE DOCTEUR OMBREDANNE

Professeur de Clinique Chirurgicale infantile
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

*Qu'il reçoive ici nos remerciement et nos regrets
de n'avoir pu être son élève.*

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter cette vie de l'internat, si féconde en enseignements, nous tenons à témoigner notre reconnaissance aux Maîtres qui nous ont donné notre instruction médicale.

Nous devons beaucoup à MM. les Professeurs JACQUINET et TÉCHOUEYRES, à MM. les Docteurs RAILLIET et FOSSIER, qui, dans nos premières années à Reims, nous ont initié aux premiers éléments de la clinique et ont aidé de leur expérience nos premiers contacts avec le malade.

A Paris, durant nos années d'externat, M. le D^r RIBIERRE, dont nous gardons pieusement la mémoire, M. le P^r Agrégé CHEVASSU, puis M. le P^r LÖPER, ont veillé à nous donner, en même temps que d'excellentes leçons, une méthode de travail et une discipline intellectuelle.

Comme provisoire, nous avons eu le très grand honneur d'être l'élève de MM. les Professeurs LEGUEU et HARTMANN, auprès de qui nous avons profité d'inoubliables leçons de diagnostic chirurgical. Nous leur devons une gratitude particulière.

M. le D^r Baumgartner nous a accepté comme élève dans notre première année d'internat et nous a fourni les éléments de cette thèse. Qu'il accepte ici l'expression de notre admiration pour son remarquable enseignement et de notre reconnaissance pour la sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

Nous gardons le meilleur souvenir du service de M. le Docteur PICOT, qui nous a donné ensuite de précieuses leçons de chirurgie infantile.

Nous n'oublierons jamais ce que nous devons à nos autres maîtres des hôpitaux : MM. les Docteurs GOUVERNEUR, BOPPE, BERGERET, LÖEDERICH et R. DUCROQUET.

INTRODUCTION

Le labeur de chacun a conduit pas à pas la chirurgie à un tel point de simplicité, de sécurité, qu'elle approche de la perfection et se place au premier rang parmi les conquêtes des hommes.

Ainsi parlait LAMBRET au dernier Congrès de Chirurgie, en soulignant avec une juste fierté les dernières acquisitions de notre art.

Nous pourrions rappeler les ressources que les spécialistes de la tuberculose pulmonaire, de la neurologie, ont trouvées dans la chirurgie.

Mais son champ d'action s'est étendu plus encore en gastro-entérologie.

En 1904, à une époque où, en France, les chirurgiens se consacraient surtout aux opérations gynécologiques, trop souvent, hélas, des amputations génitales, Henri LARDENNOIS, visitant les hôpitaux de Londres avec RICARD, était frappé de la proportion importante d'opérés gastriques qu'on y rencontrait.

Sous l'impulsion féconde de MOYNIHAN, une évolution se dessinait. Elle ne devançait que de peu l'école française. Celle-ci, avec TERRIER, répand la gastro-entérostomie qui sauve des milliers de vies.

La gastrectomie est tentée d'abord contre le cancer, puis on l'applique aux ulcères graves.

On reconnaît bientôt sa supériorité dans tous les cas d'ulcères calleux, mais elle reste grevée d'une lourde mortalité. Enfin, le perfectionnement de la technique, la préparation du malade, l'attention portée aux soins post-opératoires, parviennent à

réduire ce risque au minimum. Dès lors, la chirurgie gastrique étend ses indications.

L'an dernier, BERGERET (5) apportait un ensemble de 610 interventions personnelles. FINSTERER (22) peut baser son opinion sur 2.004 opérations gastriques. En novembre 1930, STARLINGER, élève d'EISELSBERG (59), collationnant diverses statistiques allemandes, pouvait réunir un total de 25.647 observations de résections gastriques.

Tout récemment, la méthode radiologique d'imprégnation des plis de la muqueuse gastrique, la gastrophotographie, dont l'instrumentation si curieuse a été apportée en France par BÉCART, semblent ouvrir des horizons nouveaux à la gastrologie.

Cependant l'unanimité est loin d'être faite. La gastrectomie paraît à certains devoir rester une opération d'exception dans l'ulcère.

On lui reproche communément un risque opératoire élevé et, à longue échéance, de graves perturbations digestives. Peu de médecins encore, à l'heure actuelle, accepteraient de subir une gastrectomie.

Pour nous, frappés au contraire par les résultats remarquables obtenus par le D^r BAUMGARTNER avec son assistant, le D^r GOUVERNEUR, dans son service de la Charité, nous pensons que cette réputation n'est nullement justifiée, et nous prétendons montrer, en publiant la statistique du service, la bénignité réelle de la gastrectomie. Ayant pu revoir à longue échéance la plupart des opérés, nous insisterons sur les résultats éloignés de cette intervention.

ÉTAT ACTUEL DE LA DISCUSSION SUR LA PHYSIOLOGIE DE L'ESTOMAC

La mode est, à juste titre, aux opérations physiologiques, c'est-à-dire légitimées par nos connaissances sur la physiologie normale et pathologique.

Que nous apprennent à ce sujet les travaux récents ?

1° Ils ont limité la sécrétion chlorhydro-peptique au fundus. La gastrectomie partielle, telle que nous la pratiquons, n'enlève pas, comme on l'avait cru, l'« usine à acide ».

Peu importe, et il n'est pas nécessaire de tenter des « fundusectomies », comme CONNELL l'a proposé. Notre gastrectomie, qui enlève pylore, antre et petite courbure, soit environ les deux tiers de l'estomac, est radicale, car elle enlève la seule zone susceptible de faire des ulcères.

C'est aussi, d'après EDKINS, le point de départ nécessaire de l'excitation qui, par un mécanisme hormonal, fait sécréter le fundus. L'antre ne produit pas l'acidité, mais il la commande.

La gastrectomie réalisée, l'estomac devient achlorhydrique, le fait est confirmé par tous les chirurgiens. Encore faut-il pour cela pratiquer une résection large de l'antre. C'est là le meilleur traitement préventif de l'ulcère peptique.

Conséquence curieuse qui confirme la théorie d'EDKINS, les glandes fundiques, privées d'excitation, entrent en sommeil, mais ne meurent pas : une injection d'histamine provoque une sécrétion normale (H. BÉNARD et BOUTTIER).

Tout ceci est suffisant pour permettre d'affirmer que la gastrectomie est une opération physiologique. FINSTERER l'affirme catégoriquement : Il n'y a plus d'ulcère possible, quand l'estomac est devenu achlorhydrique.

II° Mais poussons plus loin nos recherches. L'hyperacidité est-elle bien la cause de la maladie, et quel est le mécanisme de production de l'ulcère ?

C'est de l'Est aujourd'hui que nous vient la lumière, c'est-à-dire de Strasbourg. Le P^r LERICHE (40) part de la topographie spéciale des ulcères, et montre qu'elle coïncide exactement avec la zone alcaline de la muqueuse : cardia, petite courbure, antrum et duodenum.

L'ulcère est une maladie des zones de muqueuse alcaline.

La muqueuse fundique, toujours au contact du suc acide qu'elle produit, jouit d'une immunité spéciale. La muqueuse alcaline n'a pas cette immunité. Mais elle est préservée normalement de ce contact par un mucus qu'elle possède en surabondance et dont le rôle est capital pour LERICHE.

Si ce mucus subit une modification pathologique, ou s'il est précipité par une hyperacidité, l'épithélium se trouve livré à l'auto-digestion.

Dès lors, un double cercle vicieux va entrer en jeu :

a) la muqueuse enflammée secrétera un mucus différent, de mauvaise qualité, qui n'a plus la colorabilité spéciale du mucus de l'antrum;

b) l'irritation antrale provoque une hypersecretion fundique, d'où hyperacidité. Elle sera encore exagérée s'il y a stase dans l'antrum par spasme pylorique.

Cependant, la théorie séduisante de M. LERICHE n'a pas rallié tous les suffrages.

MM. WEISS, de Strasbourg, et GURRIARAN (60) ont conduit tout un ensemble d'expériences destiné à montrer comme véritable agent protecteur de la zone des ulcères la sécrétion bilio-pancréatique.

Dans le duodenum, c'est assez naturel.

Dans l'estomac, il devient nécessaire d'admettre la théorie du reflux duodénal de BOLDYREFF, dont le rôle deviendrait même capital.

Répétant l'expérience de MANN, WEISS fait donc sur le chien une exclusion du segment pancréatico-biliaire du duodenum, le dérive loin dans l'ileon, et obtient à tout coup un ulcère : « La dérivation des suc duodénaux alcalins, en supprimant le reflux duodénal par le pylore, livre la muqueuse à l'action nocive du suc gastrique acido-peptique : l'ulcère est créé. »

WEISS fait remarquer que ses ulcères ont été produits en dehors de toute hyperacidité gastrique. Celle-ci n'aurait donc pas l'importance qu'on lui attribuait. C'est peut-être jouer sur les mots et retourner le fer dans la plaie de ce duodenum que, d'alcalin, on a bel et bien rendu acide.

On fera encore quelques objections aux théories pathogéniques des auteurs. Pour eux, l'ulcère duodénal est le résultat d'une incontinence pylorique. Le duodenum débordé par le suc acide ne peut être protégé efficacement par la sécrétion pancréatico-biliaire. Cette idée est séduisante et a été adoptée par beaucoup. Cependant, d'après ces principes, l'ulcère devrait survenir encore plus régulièrement dans le cancer de la tête du pancréas par manque de la sécrétion bilio-pancréatique.

Pour l'ulcère gastrique, WEISS trouve sa cause dans un spasme pylorique. Ce spasme s'opposant au reflux du suc duodénal dans l'estomac, entrave la régulation acido-basique de son contenu, provoque l'hyperacidité et prive la région antrale de son protecteur naturel.

Répondons que les dérivations de WEISS n'aboutissent pourtant qu'exceptionnellement à un ulcère gastrique. Elles prouvent donc seulement l'action ulcéralive *sur l'intestin* du suc gastrique lorsque par accident il y parvient sans être neutralisé.

Les chirurgiens ont d'ailleurs réalisé involontairement avant WEISS de tels ulcères peptiques.

D'autre part, le P^r LERICHE objecte que le reflux duodénal de BOLDYREFF est une supposition physiologique qui répugnerait à l'esprit. Elle n'est admise que par certains auteurs. Elle

n'a jamais pu être mise en évidence dans des conditions normales de fonctionnement.

WEISS reconnaît que l'acidité gastrique (après repas d'épreuve) n'est pas plus élevée après que son opération a éloigné la sécrétion pancréatico-biliaire. La régurgitation serait au moins discrète et se bornerait à former un vernis protecteur.

Dernières réserves d'ordre général, formulées par M. LERICHE :

1) Les ulcères de WEISS pourraient être dus aux lésions vasculo-nerveuses inévitables dans une opération aussi complexe.

WEISS y répond magistralement par une contre-expérience fort élégante : Si la dérivation est faite *dans l'antrum*, on n'observe plus la création d'ulcère ;

2) La dérivation iléale bouleverse trop les conditions physiologiques pour qu'on puisse conclure de ce procédé barbare aux cas pathologiques dont il est trop éloigné.

Reconnaissons cependant que les belles expériences de WEISS et GURRIARRAN sont loin d'être stériles.

Elles éclairent la pathogénie des ulcères peptiques. Elles condamnent définitivement les procédés qui, telle la gastro-entérostomie en Y, livraient un segment d'intestin au passage du suc gastrique *pur*. L'anastomose jejuno-jejunale complémentaire est jusqu'à un certain point passible des mêmes reproches.

Elles montrent encore que tout ce qui modifie le jeu du pylore prédispose à l'ulcère, d'où le rôle néfaste de l'exclusion du pylore.

Elles apportent une explication nouvelle du mode d'action de la gastro-entérostomie qui, faite avec une large bouche, permet un abondant reflux dans l'estomac. (WEISS érige, en somme, pourrait-on dire, une partie du mécanisme du *circulus viciosus* à la hauteur d'un principe.) Les expériences de

MAC CANN et de WEISS prouvent que cette bouche doit être antrale, comme l'avait vu depuis longtemps HARTMANN.

Le reflux est obtenu encore plus important dans le polya.

Enfin, elles mettent à l'étude la sphinctérectomie qui suffirait à assurer le reflux dans les spasmes pyloriques. Perfectionnement de la pyloroplastie de FINNEY, elle est déjà expérimentée par le P^r GOSSET (26).

Au milieu de ces hypothèses, nous restons dans l'incertitude la plus complète touchant la physiologie antro-duodénale.

Le P^r CUNEO tend même à chercher plutôt l'origine de l'ulcère dans les traumatismes incessants subis par la muqueuse au cours du brassage gastrique.

Mais aucune des questions posées n'a reçu de réponse définitive. Dans ces conditions, nous devons reconnaître la valeur de l'empirisme.

En dernier ressort, l'étude des statistiques sur les résultats proches et éloignés nous paraît dominer le problème.

« Le seul moyen de résoudre ce problème est l'examen impartial des faits cliniques et des résultats thérapeutiques. » (DELORE (12)).

IDÉES ACTUELLES DES CHIRURGIENS

ARGUMENTS QU'ILS APPORTENT

Je ne m'étendrai pas sur l'excision de l'ulcère, le brûlage à la Balfour, qui n'agissent qu'accompagnés d'une gastro-entérostomie. Ils n'empêchent pas le développement ultérieur d'un cancer. Ils laissent évoluer les ulcères multiples qui existent dans 8 % des cas en moyenne, et dont seuls ceux de la petite courbure sont reconnaissables de l'extérieur. Cette multiplicité est bien connue. WEISS et HAMANT en apportaient déjà plusieurs cas en 1920 (61). Il s'agissait d'ulcérations pylo-riques secondaires à des ulcères de la petite courbure.

L'énervation de l'estomac, la sympathectomie par phénolisation ne semblent plus avoir de partisans.

La résection médiogastrique est délaissée au profit de la résection large et, dans les sténoses médiogastriques, on tend à enlever la poche inférieure avec le rétrécissement.

La sphinctérectomie de Judd n'est encore qu'à ses essais.

En somme, le débat se restreint entre partisans de la gastro-entérostomie et ceux de la gastrectomie.

La première rétablit le transit en cas de sténose. C'est son indication majeure. Dans l'ulcère duodénal, elle soustrait en partie la région malade aux traumatismes et à l'action chimique résultant du passage du chyme. Là encore elle fait merveille. Dans l'ulcère du corps de l'estomac, elle vise plus modestement à mettre l'ulcère dans les meilleures conditions de repos, afin de favoriser sa cicatrisation.

La seconde opération enlève largement l'ulcère et tous les tissus malades, suivant les principes de la thérapeutique chirurgicale générale.

Actuellement un mouvement très net se dessine en faveur de la résection.

1° Objections faites à la gastro-entérostomie

Sans doute le Professeur HARTMANN (29, 30), ROUX, MOYNIHAN nous rappellent volontiers les succès de la gastro-entérostomie qu'ils ont tant contribué à répandre. Mais ces succès sont-ils durables ? A l'épreuve du temps, la gastro-entérostomie, qui avait d'abord rallié tous les suffrages par l'amélioration immédiate qu'elle procure, s'est montrée trop souvent impuissante à guérir définitivement l'ulcère gastrique, en particulier celui de la petite courbure.

Dans un réquisitoire dont nous croyons devoir rappeler les grandes lignes, X. DELORE (12) a montré l'insuffisance de la gastro-entérostomie.

A) Elle laisse souvent persister l'ulcère gastrique et l'auteur a dû faire une résection à plusieurs opérés revenus après une amélioration non durable. Il considère cette inefficacité comme la règle dans l'ulcère de la petite courbure.

B) Laissant souvent persister l'ulcère, la gastro-entérostomie ne met pas à l'abri de ses redoutables complications : hémorragies, perforations et surtout dégénérescence maligne.

La fréquence de la dégénérescence a peut-être été exagérée. D'autre part, le Professeur HARTMANN pense que les ulcérocancers sont plutôt des cancers à forme ulcéreuse. Mais on voit de suite que ce fait ne changerait rien à la conclusion thérapeutique.

DELORE a eu 4 % de dégénérescences ultérieures, sans compter les cas encore plus fréquents où la lésion s'est révélée plus tard un cancer authentique : « L'impossibilité de distinguer à l'intervention un petit néoplasme ulcéré d'un ulcus banal doit

faire considérer la gastro-entérostomie comme une intervention insuffisante. »

C'est l'avis de FINSTERER.

C'était aussi celui du regretté Professeur LECÈNE (36). Dans plus d'un quart des cas de lésions se présentant comme un ulcère calleux, enlevés par lui, il s'agissait de cancers.

D'après PAUCHET, ce pourcentage atteint 30 % quand l'ulcère est ouvert dans le pancréas.

Et LECÈNE conclut :

Puisqu'il est impossible de différencier par le seul aspect macroscopique des lésions un ulcère calleux banal d'une ulcération cancéreuse, il ne faut pas hésiter à enlever largement toute lésion ulcéreuse de la paroi gastrique.

Il faut aussi compter avec le rétrécissement des orifices de gastro-entérostomie, même sans atteinte de la bouche par extension de l'ulcère primitif ou par ulcère peptique. DELORE (11) en rapporte après 725 gastro-entérostomies 16 cas ayant obligé à une réintervention.

FOLLIASSON (23) étudie les diverses complications précoces de la gastro-entérostomie, infectieuses et surtout mécaniques.

F. MOUTIER (44) rappelle l'inégalité des résultats après gastro-entérostomie : il semble plus difficile de réussir une gastro-entérostomie que de pratiquer avec succès une gastrectomie.

A l'étranger, la tendance est la même. Les Professeurs ROSSI et SCALONE (Milan) (56), OLIANI (Trieste) (53) et DONATI (Turin) (16) prennent partie pour la résection au moins de tous les ulcères calleux, car « la gastro-entérostomie est souvent insuffisante ».

SCHWARTZ (Brunswick) (57) a eu 7 % d'ulcères peptiques après gastro-entérostomie, un seul cas après ses Billroth II.

Notons cependant que Henri LARDENNOIS, de Reims, élève de RICARD, n'a observé qu'un seul ulcère peptique après plusieurs centaines de gastro-entérostomies. La grande majorité des résultats éloignés lui semblent satisfaisants. Aussi bien sait-on le rôle important de la technique.

HORTOLOMEÏ (31) a abandonné la gastro-entérostomie qu'il avait pratiquée régulièrement jusqu'en 1926. En effet, la plupart de ses opérés continuaient à souffrir. De plus, s'il n'a eu que 4 % de morts immédiates, la mortalité totale en rapport direct avec l'affection, étudiée six ans après l'opération, atteint 13,7 %, le double de la mortalité par résection.

On voit que la bénignité de la gastro-entérostomie n'est qu'apparente.

M. HARTMANN (30) reconnaît que la gastro-entérostomie est loin d'être toujours curative dans l'ulcère de la petite courbure. Sur 50 de ses opérés suivis de 1 à 22 ans, 27 seulement sont complètement guéris, 5 presque guéris doivent s'astreindre à un régime.

Sans compter 8 malades présentant des troubles divers, il y a eu 2 morts par ulcéro-cancer et 2 cas où une réintervention a été nécessaire.

Mais M. HARTMANN pense que la résection n'est pas toujours radicale non plus.

C'est le point que nous allons maintenant examiner.

2° Avantages de la résection

L'immense majorité des auteurs, au contraire, se déclarent satisfaits de la résection.

Georges LARDENNOIS, dans son rapport au VIII^e Congrès de la Société internationale de Chirurgie (Varsovie, 1929), réunit dans une vue d'ensemble les statistiques des divers auteurs. Elles sont favorables à la gastrectomie et mettent en évidence :

A) l'abaissement actuel de la mortalité grâce au progrès de la technique, à l'utilisation courante de l'anesthésie locale, et à de multiples précautions pré et post-opératoires;

B) l'obtention d'une guérison définitive dans 90 à 98 % des cas.

Il conclut : On fera de plus en plus de gastrectomies en raison de l'excellence des résultats obtenus.

Il rappelle que les Professeurs HARTMANN, GOSSET, ROUX, assez satisfaits de la gastro-entérostomie, reconnaissent cependant à la résection certaines indications nettes qui deviennent classiques :

Ulcères calleux suspects de dégénérescence, ulcères hémorragiques, etc.

Il pose comme indication relative les cas à pylore largement ouvert où la gastro-entérostomie n'a plus aucune raison d'être, et les cas à transit intestinal entravé, cet obstacle entretenant l'ulcère ou le faisant récidiver.

Nous lui avons demandé de nous communiquer ses idées actuelles sur la question.

Il pense qu'on enlève parfois des estomacs pour des troubles dont la nature organique n'est pas assez démontrée et qui ne sont que secondaires à une lésion digestive plus importante.

Il insiste sur les troubles gastriques déterminés par une affection du carrefour iléo-cœcal, soit par lutte de l'estomac contre l'obstacle sous-jacent, soit par propagation de péri-viscéríte.

Aussi doit-on être mis en garde contre les cas de simple irritabilité gastrique avec périoduodénite, en rapport avec l'appendicite chronique, les péricolites, les sténoses incomplètes, ces cas étant infiniment plus fréquents que l'ulcère.

Si on se rappelle que les signes radiologiques de l'ulcère du pylore ne sont habituellement qu'indirects, nullement pathognomoniques, que d'après M. GUTMANN 18 % seulement des hématomés sont attribuables à un ulcère, il faut reconnaître la difficulté du diagnostic.

Ces troubles gastriques secondaires iraient parfois jusqu'à l'ulcère. On devrait s'abstenir sur un tel ulcère épiphénomène de toute intervention radicale, et concentrer le traitement sur l'obstacle au transit.

Tout récemment encore, BERGERET (5) publie une série de 37 gastrectomies avec une seule mort et 72 % de guérisons complètes maintenues après quatre ans.

Les autres souffrent de troubles que l'auteur pense prévenir à l'heure actuelle en recherchant délibérément l'incontinence gastrique par de larges bouches. C'est à tort que certains ont mis en garde contre les inconvénients d'une évacuation trop rapide dans le grêle.

Il est donc un partisan résolu de la résection, mais admet qu'on essaie la gastro-entérostomie, qui, si elle est insuffisante, ne sera que le premier temps d'une gastrectomie.

PAUCHET (54, 55) ne fait plus depuis longtemps que des gastrectomies larges et on ne peut nier que son expérience soit grande en matière de chirurgie gastrique.

L'école de Nancy reflète bien les différences de point de vue qui nous occupent.

BARTHÉLÉMY (1) n'a jamais employé dans l'ulcère que la gastro-entérostomie à anse courte et bouche très large. Il déclare avoir obtenu des résultats satisfaisants, ayant pu suivre au moins ses malades de ville.

M. le Pr MICHEL (2), au contraire, déclare la gastrectomie nettement supérieure dans l'ulcère calleux. Il préfère le Billroth II au Polya, ce dernier souvent employé car un peu plus rapide. Enfin, il a renoncé complètement au bouton.

M. le Pr HAMANT, que nous devons remercier particulièrement pour la longue communication qu'il a bien voulu nous adresser, pratique couramment la gastrectomie dans l'ulcère calleux.

Il fait remarquer qu'on a peut-être été trop large dans l'appellation d'ulcère calleux et qu'il faut bien s'entendre à ce sujet. Quant à lui, il n'applique la gastrectomie qu'aux ulcères

(1) (2) Communications personnelles.

ayant au moins la dimension d'une pièce de cinq francs et adhérents aux organes voisins.

Attachant une grande importance dans les indications opératoires à la résistance des malades, il réserve en général la gastrectomie à la clientèle de ville, et dans celle d'hôpital aux seules femmes.

Il faut ranger à part les hommes de la clientèle hospitalière, qui, dans la région de Nancy, sont trop souvent tarés : fatigués, anémiés ou alcooliques, en tout cas sujets à résistance très atténuée. Chez eux il faut savoir se contenter de la gastro-entérostomie. Celle-ci semble donner également de bons résultats, encore qu'il soit difficile de se faire une idée précise des résultats éloignés.

M. HAMANT pratique volontiers la résection limitée, terminant par un Péan.

Mais le siège médio-gastrique de la plupart des ulcères cal-leux l'oblige en général à faire une résection plus étendue qui aboutit à un Polya.

Sans nier l'utilité du bouton, M. HAMANT lui préfère, dans la grande majorité des cas, la suture. Il n'emploie en pratique le bouton que dans la gastro-entérostomie de décharge qu'il fait systématiquement après suture des perforations d'ulcère.

Pour l'emploi du bouton dans le Billroth II, il pense qu'on peut faire un Polya presque aussi rapidement.

ABADIE, d'Oran (1, 2), a chez ses gastrectomisés une mortalité pas sensiblement supérieure à celle de la gastro-entérostomie (c'est aussi l'avis de ROSSI et SCALONE), et des résultats éloignés bien supérieurs.

En effet, pour AUBERT (de Marseille) (3), on n'insiste pas assez sur l'excellence incontestable de la guérison. Un gastro-entérostomisé guéri reste un gastrique, sans préjuger des complications qui le guettent. Un réséqué est devenu un homme normal.

NEUMANN, de Bruxelles (51), veut qu'on élargisse les indications de la résection.

Quoiqu'en majorité favorables à la résection, les témoignages si divergents que nous venons de recueillir pourraient troubler quelque peu l'esprit et reporter plus loin de nos yeux la solution du problème.

C'est pourquoi nous croyons utile d'apporter la statistique de M. BAUMGARTNER. Elle donnera une notion exacte de la sécurité réelle qu'offre aux malades un spécialiste entraîné.

CLASSEMENT DE NOS MALADES

D'une façon schématique, nous distinguons parmi les malades qu'on adresse au chirurgien deux groupes :

Dans le premier, il s'agit d'un ulcère pylorique ou duodénal, petit, sans périgastrite, souvent cicatrisé et déterminant un certain degré de sténose du pylore. Nous avons constaté, comme l'ensemble des auteurs, les résultats excellents obtenus en règle dans ce cas par la simple gastro-entérostomie.

Dans le deuxième, c'est un ulcère siégeant sur la petite courbure ou à son voisinage. Le plus souvent, ces malades nous arrivent à une période avancée, peut-être parce que la lésion n'étant pas orificielle, n'a pas déterminé des accidents mécaniques rapides.

Ce que nous avons à traiter couramment, c'est un vaste ulcère calleux, atteignant souvent la dimension d'une pièce de cinq francs, entouré d'une large périgastrite et reposant en plein tissu pancréatique, plus rarement dans le foie.

L'examen radiologique nous en avertit. Il nous montre en plus des signes habituels, un diverticule sur la petite courbure, diverticule que nous cherchons avec soin sous diverses incidences. Parfois, c'est une niche de Haudeck typique avec sa bulle gazeuse.

Quelques heures après, l'estomac ne s'est vidé qu'incomplètement, laissant une image en cuvette, avec au-dessus une tache résiduelle suspendue au niveau de la niche.

La gravité des lésions rencontrées à l'intervention, l'envahissement des organes voisins indiquent assez la nécessité d'un

traitement radical : ablation large de tous les tissus malades suivant les principes habituels de la chirurgie. La tendance extensive de ces ulcères veut qu'ils soient traités comme une tumeur maligne (qu'ils sont peut-être déjà).

L'ulcère de la petite courbure est donc le plus souvent justiciable de la résection. Mais qu'on ne conclue pas de ce schéma, que nous appliquons la gastro-entérostomie à tous les ulcères du pylore. L'ulcère calleux du pylore (qui n'est pas exceptionnel) doit être enlevé largement comme les autres.

Telles ont été jusqu'ici les bases du traitement de nos malades.

On verra que nos observations actuelles nous conduisent à ne garder la gastro-entérostomie que pour l'ulcère cicatrisé visible sur la face externe de l'estomac sous l'aspect d'une petite étoile blanchâtre.

L'intervention sera donc choisie suivant le caractère de *régression* ou d'*activité* de l'ulcère.

Pendant les dix dernières années de 1922 à 1931 inclus, M. BAUMGARTNER, avec son assistant M. GOUVERNEUR, a eu à traiter chirurgicalement, dans son service de la Charité, 91 ulcères gastro-duodénaux, 62 hommes et 29 femmes.

53 fois il a été pratiqué une gastro-entérostomie, soit pour un ulcère peu étendu pyloro-duodéal (43 cas), soit pour ulcère calleux, mais avec état général ne permettant pas la gastrectomie (10 cas).

4 fois il a été fait un résection médio-gastrique.

Enfin, 34 gastrectomies ont été réalisées pour ulcères calleux. 17 de ces ulcères siégeaient au voisinage de la petite courbure, 8 dans la région pylorique, 6 sur la face postérieure, 1 sur la face antérieure; dans deux cas existait un deuxième ulcère.

De ces ulcères, 24 adhéraient fortement aux organes voisins ; parmi eux 10 s'ouvraient dans ces organes.

OPÉRATION

Nous décrirons avant tout la technique qui a permis à notre maître, M. BAUMGARTNER, d'obtenir un pourcentage particulièrement élevé de succès.

Nous insisterons sur l'importance des soins pré- et post-opératoires dont on sait toute la valeur dans cette chirurgie délicate. Cette question a été spécialement étudiée au Congrès de Chirurgie de 1924 (Rapport de LAMBRET et Georges LARDENNOIS) et au Congrès de 1930 (Rapports de LAMBRET et SAUVÉ).

Soins pré-opératoires

Le temps n'est plus où le chirurgien se contentait d'être un bon ouvrier manuel ou du moins un technicien habile. Il doit prévoir tous les risques et combattre les déficiences organiques de son patient, en utilisant au besoin une collaboration médicale.

Chez tous les malades, la tension artérielle est prise; on a mesuré le taux de l'urée sanguine et vérifié les temps de saignement et de coagulation.

La désinfection de la bouche exige souvent l'intervention du stomatologiste pour traiter les caries ou la pyorrhée. On a prôné également, pour détruire les germes buccaux, les badiageonnages des gencives à l'alcool iodé, ou mieux au violet de gentiane en solution hydro-alcoolique à 2 %.

LAMBRET recommande depuis longtemps la vaccination.

Mais la question est très controversée. Le P^r GOSSET, après un essai prolongé, a renoncé à la vaccination.

BARTHÉLEMY, de Nancy (1), a expérimenté avec succès le bactériophage (bacté-intestiphage) absorbé par voie buccale pendant les jours qui précèdent l'intervention. Il attache une grande importance à cette précaution qui lui a simplifié les suites opératoires. Il renonce au lavage d'estomac immédiatement avant l'opération, sauf chez les stasiques.

M. BAUMGARTNER fait remarquer qu'il n'a jamais pratiqué de vaccination et a réduit cependant les complications pulmonaires au minimum. Il insiste au contraire sur les lavages d'estomac pratiqués les jours précédents à l'eau ordinaire ou à l'eau iodée. Un dernier lavage à l'eau iodée est pratiqué le matin de l'opération et on aura soin de vider l'estomac le plus possible avant de retirer le tube.

Ces lavages, en habituant le malade, présentent encore l'avantage de faciliter ceux qui pourraient être nécessaires après l'intervention.

Par une éducation spéciale de l'opéré, on peut aussi prévenir les complications parfois si graves dues à l'aérophagie (2).

Enfin, le sérum physiologique est injecté largement à ces malades déshydratés.

Technique opératoire

Anesthésie

Une heure avant l'intervention, on injecte un mélange d'un quart de milligramme de bromhydrate de scopolamine avec un centigramme de chlorhydrate de morphine. Dès ce moment

(1) Communication personnelle.

(2) H. LARDENNOIS, de Reims. Les méfaits de l'aérophagie en chirurgie gastro-intestinale et l'éducation antiaérophagique des opérés. 33^e Congrès de Chirurgie.

les yeux du malade sont recouverts et ses oreilles obturées avec du coton, ce qui facilite son assoupissement.

Nous recommandons d'utiliser, dans la mesure du possible, l'anesthésie locale. Elle a été utilisée 16 fois sur les 34 opérés. Dans un certain nombre de cas (10), il a été nécessaire d'y ajouter une courte et légère anesthésie au chloroforme. Elle est utile en particulier pour la fermeture finale de la paroi, l'anesthésie de celle-ci ayant déjà disparu quand la gastrectomie a duré longtemps.

Ceci n'enlève rien aux avantages de la méthode qui est particulièrement précieuse chez les scléreux pulmonaires et les malades affaiblis. L'anesthésie mixte : scopolamine-morphine, novocaïne, et anesthésie courte ou discontinue au chloroforme, est beaucoup moins shockante qu'une anesthésie prolongée à l'éther.

Voici la technique de M. BAUMGARTNER :

Pour la paroi : infiltration linéaire sous-cutanée, puis sous-aponévrotique avec une solution de novocaïne à 1 pour 200. Enfin, injection dans les muscles droits pour faciliter l'écartement des lèvres de l'incision.

Le ventre ouvert, ne pratiquer sur les viscères que des manœuvres très douces.

Effondrement du petit épiploon.

Infiltration du ligament profond de l'estomac avec 20 cc. de la même solution.

Infiltration du péritoine au niveau du bord supérieur du canal pylorique.

Infiltration de la région précardiaque.

L'adjonction à la solution d'un colorant tel que le bleu de méthylène permet de constater que le liquide injecté dans la faux de la coronaire diffuse autour de la région cœliaque. Cette seule injection peut suffire à l'anesthésie pendant toute la durée de l'intervention *.

(*) Cf. Thèse de Paul WALTHER.

Chez les sujets pusillanimes, chez ceux qui ne présentent aucune tare pulmonaire et dont l'état général est relativement satisfaisant, l'anesthésie à l'éther est utilisée et n'a entraîné aucune complication post-opératoire.

Gastrectomie

Le malade est placé en position cassée de Mayo-Robson. L'opérateur dispose de deux aides, l'un en face, l'autre à sa droite.

Dès l'ouverture de l'abdomen, des champs fixés au péritoine pariétal par une série de pinces de Lane, recouvrent la peau et la tranche pariétale. L'écarteur automatique découvre le contenu abdominal.

On étudie les lésions :

- sur l'estomac,
- sur le duodenum,
- sur la vésicule.

Dans 3 cas, des lésions de cholécystite, dont une lithiasique, coexistaient avec l'ulcère; la vésicule fut enlevée en même temps que l'estomac.

L'estomac est libéré, en haut, par effondrement du petit épiploon, en bas par décollement colo-épiploïque de gauche à droite. On peut dès lors se rendre compte des adhérences postérieures possibles.

On protège du foyer opératoire les viscères voisins par des champs en tissu absorbant, imbibés de sérum tiède. Un champ recouvre le foie, un second s'enfonce au-dessous, un autre refoule le colon, un quatrième est placé à gauche. Sous l'estomac, la compresse billot (1).

(1) Ce terme dont on connaît la fortune, a été employé pour la première fois par Henri LARDENNOIS dans sa thèse inaugurale sur le cancer du gros intestin.

Résection de l'estomac. — Libération très soignée du duodenum jusqu'à sa portion fixée au pancréas.

Ligature de la gastro-duodénale et de la pylorique avec l'aiguille de Deschamps.

Le duodenum est lié en masse par un fort fil de soie. Cette prise doit être faite à plusieurs centimètres de la partie fixée, de façon à permettre un enfouissement facile.

Section du duodenum au thermo entre cette ligature et une pince de Kocher.

Le moignon duodénal est enfoui très soigneusement sous deux plans musculo-séreux faits au catgut collargolé. De la sorte, il n'a jamais été observé de désunion à ce niveau.

Le bout pylorique recouvert d'un champ est rabattu à droite. On libère les adhérences postérieures.

Ligature de la coronaire à l'aiguille de Deschamps qui passe au ras de l'estomac.

La section de l'estomac, entre deux champs très souples, porte très haut sur la petite courbure, au-dessus de l'insertion du ligament profond, et descend obliquement vers la grande courbure. Elle doit porter, en tout cas, sur une zone saine non œdématiée.

Nous n'avons jamais employé d'écraseur, désirant rapprocher des tissus bien vivants et cruentés.

Sur les deux faces de l'estomac, la section, faite au bistouri, intéresse d'abord toute la musculo-séreuse que l'on décolle un peu de la muqueuse au bistouri. On sectionne ensuite celle-ci qui se trouve avoir un bord libre de près d'un centimètre.

Iodage de la tranche gastrique. Suture en deux plans de la muqueuse, puis de la musculo-séreuse. Nous employons le catgut collargolé de résorption plus lente, en aiguillées de fil 000 serties dans l'aiguille. Elles nous paraissent réaliser un gros progrès.

Rétablissement de la continuité. — Les résections étendues

qui doivent être pratiquées font qu'il est impossible de recourir aux implantations duodénales (PÉAN, KOCHER), et au Polya typique, qui tiraillent trop les sutures.

Dans notre statistique, nous relevons :

un seul Péan, qui s'est terminé par la mort à la suite d'infection péritonéale;

3 Finsterer, le tiers inférieur de la tranche gastrique étant réservé à l'abouchement avec le grêle;

une fois le Moynihan, chez un ancien gastro-entérostomisé auquel la bouche de gastro-entérostomie fut enlevée avec l'estomac,

et 29 fois, c'est-à-dire la plupart du temps, le Billroth II.

La gastro-entérostomie réalisée au catgut collargolé est faite transmésocolique, antérieure ou postérieure, sur la partie toute déclive du moignon gastrique, en restant seulement à 2 cm. de la tranche.

L'estomac est alors fixé à la brèche mésocolique par trois ou quatre points de catgut.

Modification à la technique. — 1° Lorsque la paroi gastrique est détruite au niveau de l'ulcère qui pénètre dans un organe, on laisse le fond de l'ulcère sur cet organe plutôt que d'enlever à tout prix une paroi postérieure taillée dans le pancréas par exemple.

On détache franchement l'estomac à ce niveau et on se contente de thermocautériser ou d'ioder le fond de l'ulcère.

Dans un cas où avait été essayée la résection d'une partie du pancréas attenant à l'ulcus, se produisit une fistule pancréatique, qui finit par se tarir spontanément à la suite du traitement de WOLGEMUTH.

2° Dix fois le Billroth II a été réalisé au bouton de JABOULAY pour terminer rapidement une opération déjà longue. Rappelons qu'il est plus facile de placer l'une des pièces du bouton dans l'estomac en la jetant dans cet organe avant la ferme-

ture de la tranche gastrique (*). Il est vrai que cette manœuvre oblige à enlever les clamps.

3° Lorsque le moignon gastrique est extrêmement court, et l'anse grêle attirée haut sous le diaphragme où elle se coude fortement, on anastomose (en général au bouton étroit de JABOULAY) l'anse descendante à l'anse ascendante (trois cas).

Fermeture de la paroi. — L'arrière-cavité est drainée systématiquement avec un drain Goldmann. Ce modèle contient des mèches analogues à des mèches de lampe, qui nous paraissent posséder une puissance d'aspiration remarquable.

Elles évitent la rétention de cette sérosité sanglante qui forme dans le foyer opératoire un véritable bouillon de culture.

La réfection de la paroi est toujours délicate pour les incisions sus-ombilicales où la surveillance ultérieure des malades montre une certaine proportion d'éventrations.

Après expériences comparatives, M. BAUMGARTNER donne la préférence au catgut chromé ou aux crins perdus employés en points séparés très rapprochés sur le plan musculo-aponévrotique. Dans la moitié supérieure de l'incision, qui possède un péritoine facilement mobilisable, on fait auparavant un surjet péritonéal.

Soins post-opératoires

Les soins post-opératoires chez ces opérés toujours fragiles ont une extrême importance et exigent un personnel à la fois dévoué et expérimenté.

Le patient est assis dans son lit. On a recours contre le shock aux instillations goutte à goutte rectales de sérum adrénaliné et aux injections d'huile camphrée.

(*) Jean BILLARD, *Thèse Paris 1925.*

Le drain est enlevé après vingt-quatre heures.

Le lendemain de l'intervention, on pratique un lavage d'estomac, qui ramène un liquide foncé, sanguinolent et odorant. On lave à l'eau bicarbonatée jusqu'à ce que le liquide revienne clair.

Ce seul lavage soulage complètement l'opéré et se trouve généralement suffisant. Il peut d'ailleurs être renouvelé si des vomissements apparaissent, ce qui est exceptionnel.

Le deuxième jour, l'alimentation liquide est instituée : eau de Vichy, lait et bouillon.

Contre les complications pulmonaires, M. BAUMGARTNER attache une grande importance au lever précoce qui est pratiqué en général le troisième ou quatrième jour, et se trouve très bien supporté par les malades.

MORTALITÉ OPÉRATOIRE

Sur les 34 opérés de la statistique de M. BAUMGARTNER, un malade s'est suicidé en se jetant par la fenêtre le lendemain de l'opération. Celle-ci s'était passée sans incident, et les vingt-quatre premières heures post-opératoires n'avaient pas comporté de suites particulièrement pénibles. Nous croyons pouvoir éliminer complètement ce cas de la statistique, puisqu'il n'y a aucun rapport entre la nature de l'intervention et la cause de la mort. La statistique reste ainsi limitée à 33 cas.

Sur ces 33 opérés, nous n'avons à déplorer qu'une mort due à l'opération (Obs. 2). Elle correspond justement au seul Péan pratiqué.

La résection avait été rendue nécessaire par un diverticule gros comme le pouce siégeant à côté d'un ulcère de la première portion du duodénum.

Le pancréas entourant le duodénum en anneau complet, l'absence de tunique séreuse sur le duodénum rendit les sutures aléatoires. La mort survint par désunion et péritonite le troisième jour.

Le pourcentage de la mortalité se fixe donc à 3 %. Mais il importe de remarquer que cet unique décès est survenu dans la première année de notre étude. La statistique de ces neuf dernières années, sur 31 cas, ne comporte aucune mort opératoire. Quatre de ces malades pourtant avaient atteint ou dépassé 60 ans.

Nous n'ignorons pas la diversité foncière d'opinion des médecins au sujet de cette gravité opératoire. Mais ils devront se mettre d'accord avec nous si nous adjoignons à cette statistique celle de nombreux chirurgiens de différents pays dont le

pourcentage a été réduit de 3 à 6 % et s'améliore encore d'année en année.

Il nous paraît inutile d'insister sur ces chiffres et de les comparer avec ceux d'opérations courantes, comme l'hystérectomie pour fibrome. Le parallèle ne serait peut-être pas à l'avantage de cette dernière.

De plus pour interpréter cette statistique, il est nécessaire de se rappeler que les indications opératoires du service ont été pendant longtemps restreintes aux vieux ulcères calleux, seuls cas envoyés au chirurgien. La majorité de ces malades nous ont été confiés profondément atteints et amaigris.

Ce n'est donc pas sans raison que nous croyons pouvoir assurer un risque inférieur à 3 % aux opérés traités d'après des indications un peu plus larges.

Avec l'expérience de ces dix dernières années, M. BAUMGARTNER est conduit à penser que, contrairement à ce qui a été publié jusqu'ici, la gastro-entérostomie n'est guère plus bénigne que la gastrectomie.

C'est aussi l'avis de X. DELORE (12) : « Nous avons modifié sensiblement les indications opératoires dans ces dernières années au profit de la résection, sans que la mortalité soit différente. »

Nous reconnaissons qu'il est difficile de se faire une idée précise à ce sujet, les statistiques de gastro-entérostomies étant toujours obérées par les mauvais cas pour lesquels on n'a voulu tenter que le minimum.

D'autre part, le chirurgien qui, grâce à certaines précautions, améliore sa statistique de gastrectomies, améliore certainement en même temps la statistique de ses gastro-entérostomies.

SUITES OPÉRATOIRES

Bénigne quant au risque opératoire, la gastrectomie l'est encore si on considère les suites immédiates. La simplicité de ces suites nous a particulièrement frappé, nous et ceux de nos collègues qui ont suivi les malades de la Charité.

Le shock opératoire est peu marqué et peu durable. Dans l'après-midi, les malades ont retrouvé toute leur lucidité et s'expriment facilement.

Les vomissements, ramenant un liquide sanglant, noirâtre, sont rares et ne s'étendent pas au delà des 24 premières heures. Le lavage d'estomac y remédie.

Les suites sont presque toujours apyrétiques. Beaucoup de nos malades chez qui on avait trouvé un ulcère envahissant le pancréas n'ont pas atteint 38°.

Le risque de complications pulmonaires est considéré comme un point noir de cette chirurgie. Nous remarquerons, au contraire que, non seulement elles ne nous ont fait perdre aucun malade, mais que nous n'en avons pas observé plus que dans toute autre intervention sur l'abdomen.

Nous attribuons ce fait à la désinfection préalable très soignée de l'estomac, au lever précoce, à l'anesthésie locale, mais aussi à la résection elle-même.

Si l'on admet que l'origine des complications pulmonaires est dans le foyer ulcéreux, que le Professeur LAMBRET a mis en évidence par l'identité des germes, on voit l'avantage sur ce point de la résection par rapport à la gastro-entérostomie. Celle-ci nous paraît en effet plus nettement grevée de complications pulmonaires ou autres (HORTOLOMEÏ relève plusieurs

morts par complications pulmonaires sur 174 gastro-entérostomies).

Nous ne relevons chez les opérés de M. BAUMGARTNER ni hémorragie, ni fistule des moignons gastrique ou duodénal.

Sans doute faut-il attribuer ces succès à la puissance de cicatrisation bien connue de l'estomac. Mais il nous semble aussi que le péritoine de cette région se défend mieux qu'il n'est coutumier de le dire, comme en témoignent aussi ces ulcères perforés bouchés sans épisode péritonéal qu'on puisse retrouver cliniquement.

L'évolution des opérés est de plus régulière vers la guérison et laisse libre de toute inquiétude à partir du troisième jour environ. Il n'y a pas eu une seule phlébite.

Enfin l'amélioration est rapide et ces malades quittent le service après un délai assez court, en moyenne 25 jours. Neuf sont restés moins de 20 jours, et nous en avons vu partir le treizième jour.

Nous ne pourrions en dire autant de la gastro-entérostomie après laquelle les malades (même en éliminant les cachectiques opérés tardivement) se relèvent moins vite. La température monte plus haut, de petits incidents sont fréquents.

C'est en vain qu'on chercherait dans une différence de technique opératoire l'explication de ces faits.

Presque tous les opérés de gastrectomie ont eu un Billroth II exécuté de la même façon dont sont réalisées les bouches de gastro-entérostomie.

La seule explication de ces faits indiscutables, et dont les surveillantes nous ont fait spontanément la remarque, réside donc dans l'exérèse large, en un bloc, de toute la partie malade.

L'opérateur ne laisse plus dans l'estomac des sécrétions septiques qui viendraient ensemençer les sutures, un ulcère susceptible de se réveiller ou de déterminer à distance de graves complications pulmonaires.

La crainte d'une poussée évolutive de l'ulcère déclenchée par l'opération n'est pas chimérique. Ne connaît-on pas des poussées analogues déclenchées par la gastro-entérostomie dans le cancer de l'estomac?

EXAMEN DES PIÈCES

Deux fois, on a constaté sur la pièce la présence d'un second ulcère. L'un d'eux était en pleine évolution.

Ceci constitue un nouvel avantage en faveur de la méthode qui enlève toute la « zone des ulcères ».

Dans le tiers des examens histologiques pratiqués (D^r ABEL BAUMGARTNER), il existait une dégénérescence peu étendue, limitée à la muqueuse. Cette proportion qui paraît considérable correspond pourtant au chiffre donné par PAUCHET dans le cas d'ulcères ouverts dans le pancréas.

Il est inutile de réinsister sur cet argument puissant en faveur de la gastrectomie large. Remarquons seulement que l'avenir de ces malades n'a pas été assombri par ce début de dégénérescence. Nous avons pu les retrouver *tous*. A longue échéance et jusqu'à sept ans de distance, la guérison s'est maintenue. Ce sont peut-être les seules formes de cancer gastrique où l'intervention puisse procurer une guérison définitive.

Il faut adjoindre à ces cas les cancers authentiques pris pour des ulcères à l'ouverture du ventre et qui ont été enlevés (deux cas). L'un de ces malades paraît encore guéri trois ans et demi après l'exérèse.

Encore à l'appui de notre thèse, disons qu'un autre malade porteur d'un tel cancer à apparence ulcéreuse, et traité seulement par résection médio-gastrique, a fait un an après une récurrence dont il est mort.

AVENIR DES OPÉRÉS DE GASTRECTOMIE

Le retour des opérés à un état normal se fait dans un délai assez court variant de deux à trois mois.

L'étude de la courbe de poids montre un gain rapide qui atteint fréquemment 5 à 10 kilogs en deux mois.

On a décrit comme persistant quelque temps, parfois toujours, l'apparition d'incidents lorsque les repas sont trop abondants : gêne douloureuse, plus souvent gêne angoissante qui peut s'accompagner de palpitations et se trouve suivie d'une évacuation diarrhéique.

L'estomac ne retrouve guère en effet son volume primitif. On le voit à l'écran toujours à l'état de moignon. Mais le traitement préventif de ces accidents est simple et les malades l'utilisent d'eux-mêmes : c'est l'habitude des repas restreints et plus fréquents : quatre à cinq dans la journée.

Disons de suite que cette obligation n'est que l'infime exception chez les opérés du service.

Afin de nous faire une idée exacte sur les résultats éloignés de ces gastrectomies, et en particulier pour savoir si l'ablation d'une grosse partie de l'estomac entraîne des troubles durables, nous avons pris des nouvelles de tous ceux des opérés qui n'avaient pas été revus récemment.

Ayant retranché des 34 cas les deux décès immédiats, l'un opératoire, l'autre par suicide, il reste 32 opérés.

Nous n'avons pu retrouver aucune trace de cinq d'entre eux dont nous savons seulement qu'ils ont quitté le service déjà fort améliorés et ayant repris plusieurs kilogs.

Un opéré de 1923 est revenu seize mois après, déclarant

qu'il était complètement guéri depuis son intervention. Mais nous n'avons pu le retrouver cette année.

Des 26 opérés que nous avons pu rejoindre cette année, un seul accuse des troubles (Obs. 23). C'est un malade opéré il y a deux ans, resté en bon état depuis, mais qui a présenté récemment des accidents d'intolérance gastrique. Or un examen radioscopique a montré qu'il était atteint de pleurésie chronique de la base gauche, et d'autre part, l'administration de belladone a permis d'obtenir un transit à peu près normal.

Le malade, indocile, ayant quitté brusquement le service du Professeur SERGENT, nous n'avons pu déterminer l'origine de ses accidents.

Tous les autres, c'est-à-dire 25, ont été revus cette année en parfait état.

2	après 9 ans
1	après 8 ans
3	après 7 ans
2	après 6 ans
2	après 5 ans
1	après 4 ans
1	après 3 ans
6	après 2 ans
5	après 1 an
2	après moins d'un an

D'après leur témoignage détaillé, ils n'ont plus jamais souffert d'aucun malaise.

Un seul suit un régime, d'ailleurs large ;

Trois écartent certains aliments auxquels ils sont sensibilisés et qui provoquent de la diarrhée :

pour l'un, les œufs,
pour le second, les œufs et le lait,
pour le dernier, les aliments gras ;

Un seul est obligé de s'astreindre aux petits repas fréquents.

Ils présentent un état général et des fonctions digestives surprenantes si l'on songe à la grave maladie dont ils avaient souffert pendant des années, et à la mutilation subie.

Tous, sauf un, ont retrouvé leur poids antérieur, reprenant ainsi 10, 20 kilogs et plus.

Tous ont repris une activité normale. Tous les hommes ont repris leur métier antérieur. Nous en avons de 70 ans qui gagnent encore leur vie.

La plupart déclarent n'avoir jamais plus interrompu leur travail, ni consulté de médecin.

On ne peut lire sans les lui envier les lettres des malades de M. BAUMGARTNER. Et si l'on note le temps prolongé pendant lequel ils ont vécu sans incident, il faut reconnaître l'avantage inappréciable de la guérison complète et définitive procurée par la gastrectomie.

Chez ces opérés, il n'est survenu aucun ulcère peptique.

Peut-être les sutures au fil résorbable ont-elles aidé à éviter cette complication si grave. Mais pour nous il faut surtout en chercher l'explication dans la gastrectomie elle-même qui, pratiquée assez large, réduit au minimum la chlorhydrie et le risque d'ulcère peptique.

L'évolution des ulcères calleux traités dans le service par la simple gastro-entérostomie pour des raisons diverses, nous a montré comme à la plupart des auteurs, que les résultats n'étaient pas de loin aussi constants. Nous ne reviendrons plus sur les divers accidents qui peuvent réapparaître après cette intervention : récurrence de l'ulcère, dégénérescence, hématomes, perforations, enfin ulcère peptique ou rétrécissement de l'orifice.

ÉTUDE RADIOLOGIQUE DES RÉSECTIONS

Une radioscopie de contrôle est pratiquée systématiquement chez nos opérés avant leur sortie de l'hôpital. De plus, un assez grand nombre ont été réexaminés ultérieurement.

Chez les Billroth II, qui sont en majorité, la bouche paraît incontinente dès l'absorption de la bouillie. Une bouchée passe dans l'intestin. A ce moment l'orifice se ferme. Puis une nouvelle bouchée barytée s'écoule et le cycle recommence. Il ne faudrait pas considérer ces phénomènes comme pathologiques, conclure à un spasme ou à un ulcère peptique. Au contraire il paraît désirable de voir l'évacuation se faire de façon intermittente, comme elle a lieu normalement au niveau du pylore.

Il serait intéressant de connaître le mécanisme intime du réflexe qui ferme l'orifice lorsqu'une quantité suffisante de liquide est arrivée dans le jejunum. Cela nous permettrait d'éviter ces cas où il y a incontinence excessive (d'où malaises et diarrhée) ou au contraire état spasmodique. La technique opératoire n'est pas forcément à incriminer. La largeur de la bouche n'a peut-être pas autant d'importance qu'on l'a dit, puisque parmi nos malades toutes les bouches qui ont été exécutées au bouton, et doivent présenter un calibre assez restreint, donnent toute satisfaction.

Il faut plutôt considérer la bouche large comme une garantie pour le cas où l'orifice se rétrécirait ultérieurement.

D'autre part nous pouvons confirmer ce qui a été dit par plusieurs auteurs sur le caractère tout théorique des dangers de la bouche large. Les évacuations les plus rapides que nous ayons vues à la radio, après les Finsterer par exemple, ne donnaient aucun trouble clinique.

Certains auteurs ont craint la stase qui se développerait dans les bas-fonds gastriques au-dessous du Billroth II. Nous n'avons rien observé de semblable.

Résultats fournis par l'emploi du bouton

Quoique n'employant jamais le bouton dans la gastro-entérostomie afin d'avoir des bouches plus soignées, nous l'avons utilisé dix fois pour finir rapidement une gastrectomie.

Aucun de ceux que nous avons pu revoir parmi ces opérés, ne présente de troubles du transit. Aussi, estimant la perméabilité suffisamment assurée par ce procédé, nous insisterons plutôt sur le risque de rétention du bouton.

Un de ces boutons a été retenu, en raison, il est vrai, d'un incident opératoire. Pendant la libération d'adhérences au niveau d'une ancienne cicatrice, une anse grêle fut déchirée et réparée aussitôt. Ce fut assez pour déterminer un rétrécissement que ne put franchir le bouton.

On pratiqua cinq mois après l'extirpation avec résection intestinale. Cette malade a parfaitement guéri, et revue récemment, ses fonctions intestinales sont parfaites.

Sur les deux anastomoses jéjuno-jéjunales complémentaires il n'y a pas eu de rétention.

Enfin sur quatre résections médio-gastriques pratiquées pendant ces mêmes dix ans, mais qui ne sont pas comprises dans notre statistique, avec deux gastro-entérostomies complémentaires au bouton, il y a eu une rétention. Le bouton a été trouvé libre dans l'estomac, la gastro-entérostomie était notablement rétrécie.

L'emploi du bouton nous paraît donc rester un procédé de nécessité fort utile parfois pour diminuer le shock d'une opération déjà longue, mais non pas le procédé de choix.

Succès de la G. là où la G.-E. a échoué

Il est intéressant de revenir sur une de nos observations : c'est celle d'un ulcéreux qui avait subi inutilement une gastro-entérostomie et qu'une gastrectomie a guéri.

R... Francis, 30 ans, nous arrive porteur d'un ulcère de la P. C. traité par la gastro-entérostomie, faite dans un autre service, et par une technique que nous ignorons. Il subit encore ailleurs une seconde opération pour « libération d'adhérences ».

Les douleurs ont persisté, au point que le malade après quelques mois, accepte une réintervention. On trouve une anastomose bien placée sur l'antre, mais, il est vrai, un peu rétrécie, laissant à peine passer le petit doigt coiffé de la paroi gastrique.

Ce fait enlève, certes, de sa valeur à l'observation, pas tant qu'on pourrait le croire, cependant, si l'on songe que la perméabilité de nos bouches réalisées au bouton pour gastrectomies a toujours été suffisante.

M. BAUMGARTNER pratique alors une gastrectomie qui enlève l'orifice de gastro-entérostomie, laissant ouvert le jejunum que l'on sectionne complètement à ce niveau. On abouche la branche efférente à la partie déclive de la tranche de section de l'estomac, et la branche afférente dans l'efférente en termino-latérale. C'est un Moynihan qui se trouve ainsi réalisé.

Le malade quitte l'hôpital en bon état. Revu plus de dix-huit mois après, il se trouve en excellent état, ne vomit plus, ne souffre plus. Il a repris depuis longtemps son métier de cocher. Rappelons que bien d'autres cas de ce genre, mais plus typiques, existent dans la littérature.

Une autre malade fut adressée à M. BAUMGARTNER, opérée déjà de gastro-entérostomie, pour un ulcère de la petite cour-

bure, dont le début remontait à 28 ans. La bouche, fort large, fonctionnait parfaitement. Après un an de silence clinique, une poussée grave survint avec hématémèses répétées et abondantes. Deux ans se passent presque sans accident. Puis nouvelle poussée analogue.

Une sténose médio-gastrique s'était constituée. A son niveau on voyait à la radio un diverticule de la petite courbure.

Une résection médio-gastrique semble avoir amené une guérison définitive.

Depuis deux ans, aucun accident n'est survenu.

OBSERVATIONS

OBS. 1. — W... René, 37 ans. Depuis trois ans, crises de douleurs tardives avec vomissements. Amaigri. Radio : Fixité et irrégularité de l'antre.

Intervention le 29 mars 1922 (D^r BAUMGARTNER). Ether. On trouve un gros ulcère de la petite courbure ouvert dans le foie et le pancréas. Billroth II. Epiplooplastie sur la tranche gastrique. Ex. histol. : Dégénérescence étendue.

Guérison opératoire. Malade perdu de vue.

OBS. 2. — A... Prosper, 48 ans. Intervention le 30 novembre 1922 (D^r BAUMGARTNER). Ether. Sur la première portion du duodénum on trouve une grosse cicatrice d'ulcère sur la face antérieure, un diverticule gros comme le pouce sur la face inférieure. Péan. Difficultés car le pancréas entoure complètement D¹. Trois surjets superposés et épiplooplastie.

Mort en trois jours par désunion.

OBS. 3. — D... Eugène, 34 ans. Depuis six ans, douleurs tardives que calment des vomissements. Radio : angle duodénal fixé sous le foie et douloureux. Stase.

Intervention le 21 février 1923 (D^r BAUMGARTNER). On trouve une cicatrice épaissie formant tumeur sur la moitié inférieure de la petite courbure, adhérente à la vésicule. Billroth II au bouton avec suspension de l'anse afférente à l'estomac au-dessus du bouton.

Revu le 27 janvier 1924. Guéri, mange de tout, a engraisé de 7 kilogs.

OBS. 4. — M^{me} M..., 60 ans. Intervention le 2 mai 1923 (D^r BAUMGARTNER). Anesthésie locale et chloro. C'est un ulcère de la petite courbure ouvert dans le pancréas. Billroth II au bouton. Pendant qu'on libère des adhérences provenant d'une opération antérieure, le grêle se déchire ; on le répare.

Le bouton est retenu. Réintervention le 31 octobre 1931. On trouve le bouton arrêté par le rétrécissement du grêle au niveau de la suture réparatrice. Ablation et résection intestinale (31 octobre 1931). Guérison.

Nouvelles au 16 février 1932 : mange de tout, digestions normales, rarement pénibles ; s'occupe de son ménage.

OBS. 5. — M. G..., 45 ans (D^r FUCHS). Intervention le 10 juin 1923 (D^r BAUMGARTNER). Ether. On trouve un ulcère du bord supérieur du pylore. Billroth II et cholécystectomie pour cholécystite chronique adhérente à l'ulcère. Guérison sans incident.

Excellentes nouvelles le 15 janvier 1932 : mange de tout, n'a plus jamais souffert. Fonctions digestives normales.

OBS. 6. — M^{me} P..., 60 ans (D^r CATTIER). Intervention le 27 novembre 1923 (D^r BAUMGARTNER). Anesthésie locale, puis chloro. On trouve une sténose médio-gastrique par gros ulcère calleux de la petite courbure adhérent au pancréas. Calcul de la vésicule avec cholécystite chronique. Billroth II au bouton et cholécystectomie.

Nouvelles le 15 janvier 1931 : restée toujours très bien portante, alimentation normale, digestions parfaites.

OBS. 7. — P... Vincent, 35 ans. Radio : diverticule profond sur la petite courbure. Intervention le 5 décembre 1923 (D^r BAUMGARTNER). Anesthésie locale, chloroforme pour refermer. On trouve un ulcère de la petite courbure intimement adhérent au pancréas. Billroth II au bouton. Epiplooplastie du pancréas cruenté. Ex. Histol. : pas de dégénérescence.

Revu seulement le 4 février 1924, en excellent état, ayant pris déjà 5 kilogs.

OBS. 8. — M... François, 51 ans. Début remontant à quatre ans. Douleurs, vomissements, une hématomèse abondante ; a maigri de 10 kilogs. Radio : diverticule de la petite courbure. Intervention le 29 octobre 1924 (D^r BAUMGARTNER). Anesthésie locale et chloroforme. C'est un ulcère calleux de la petite courbure avec périgastrite étendue. Billroth II au bouton.

Nouvelles du 28 décembre 1931 : mange de tout, quoique peu à la fois. N'a jamais souffert ni consulté de médecin ; a pris 20 kilogs. Chauffeur de taxi.

OBS. 9. — R... Armand, 45 ans (D^r SAISON). Depuis six ans, violentes crises douloureuses. Intervention le 3 décembre 1923 (D^r BAUMGARTNER). Anesthésie locale et chloroforme. C'est un ulcère pylorique adhérent au pancréas. Billroth II. Sur la pièce, on découvre un second ulcère récent situé très haut. Pas de dégénérescence.

Sort guéri de l'hôpital. Pas de nouvelles récentes.

OBS. 10. — M^{me} D..., 55 ans. Depuis 37 ans, crises douloureuses devenues subintrantes. Radio : image lacunaire. Intervention le 29 mai 1925 (D^r BAUMGARTNER). Anesthésie locale et chloroforme. C'est un volumineux ulcère de la paroi postérieure adhérent au

pancréas. Billroth II. Ex. histol. : Point suspect de dégénérescence.

Nouvelles le 16 février 1932 : a pris 30 kilogs en deux ans et les a gardés, n'a jamais souffert. Mange de tout et travaille encore malgré son âge (62 ans).

OBS. 11. — M... Bernard, 41 ans (Professeur SERGENT). Début en 1915. Crises violentes depuis trois mois. Amaigrissement considérable. Radio : passage pylorique filiforme.

Intervention le 12 juin 1925 (D^r BAUMGARTNER). Ether. On trouve un ulcère adhérent sur une très large surface au pancréas. Billroth II au bouton.

Se tue le lendemain en se jetant par la fenêtre.

OBS. 12. — M. C..., 55 ans (D^r ROUX). Intervention le 9 juillet 1925 (D^r BAUMGARTNER). Chloroforme. Ulcère calleux de la petite courbure, adhérent au pancréas. Billroth II.

Excellentes nouvelles le 15 janvier 1932 : alimentation normale, jamais aucune douleur. A repris une vie très active.

OBS. 13. — T... Jules, 44 ans (D^r FRIEDEL). Intervention le 8 janvier 1926 (D^r BAUMGARTNER). Anesthésie locale. Ulcère calleux géant juxta-pylorique ayant creusé un diverticule dans la tête du pancréas. Billroth II au bouton. Ex. histol. : dégénérescence en deux points.

Nouvelles au 7 février 1932 : alimentation et digestions absolument normales. A retrouvé son poids antérieur en engraisant de 10 kilogs. N'a jamais plus interrompu son travail de manutentionnaire.

OBS. 14. — G... Marie, 65 ans. Depuis 20 ans crises de douleurs tardives avec vomissements. Une petite hématomèse. Gros amaigrissement. Rétrécissement mitral bien supporté. Radio : diverticule sur la face postérieure. Intervention le 24 décembre 1926 (D^r BAUMGARTNER). Anesthésie locale. L'estomac porte un ulcère antérieur juxta-pylorique cicatrisé, et, sur la face postérieure, un ulcère calleux dont le fond est constitué par le méso-colon transverse. Billroth II au bouton.

Revue le 17 février 1932 : excellent état, n'a plus jamais ressenti de douleur abdominale, mange comme tout le monde, travaille encore malgré son âge comme domestique.

OBS. 15. — G... Eugénie, 54 ans. Intervention le 12 janvier 1927 (D^r GOUVERNEUR). Ether. Il s'agit d'un ulcère calleux de la petite courbure. Finsterer. Ex. histol. : pas de dégénérescence.

Paraît guérie jusqu'au 10 novembre 1930 où elle se plaint de

digestions difficiles. Mais elle n'a suivi aucun régime. On lui en prescrit un.

Au 7 avril 1932, des nouvelles indirectes, mais précises, permettent de se rendre compte que ce n'a été qu'un court épisode, la guérison étant restée, après comme avant, parfaite.

Obs. 16. — R... Annette, 58 ans. Intervention le 26 janvier 1927 (D^r BAUMGARTNER). Anesthésie locale et chloroforme. C'est un ulcère de la face postérieure de l'estomac tenant au pancréas (niche à la radio). Billroth II au bouton.

Quitte l'hôpital paraissant guérie. Pas de nouvelles récentes.

Obs. 17. — M. F..., 50 ans (D^r SICHÈRE). Intervention le 17 mars 1927 (D^r BAUMGARTNER). Anesthésie locale, chloroforme à la fin. Ulcère calleux de la petite courbure, adhérent au pancréas. Billroth II au bouton.

Nouvelles le 14 février 1932 : Résultat excellent en tous points. Digestions normales malgré quelques écarts de régime. Bon état général. Poids normal (a repris 16 kilogs). Travaille comme auparavant.

Obs. 18. — B... Marie, 42 ans. Début 27 ans auparavant. Douleurs semi-tardives. Radio : diverticule sur la petite courbure. Intervention le 18 mai 1928 (D^r BAUMGARTNER). Anesthésie locale, chloroforme à la fin. C'est un ulcère de la petite courbure, calleux, adhérent au pancréas. Billroth II. Ex. histol. : Dégénérescence nette sur plusieurs points.

Nouvelles le 28 décembre 1931 : A repris une vie absolument normale. Mange de tout sauf lait et œufs qui provoquent des palpitations et une évacuation diarrhéique. A pris 13 kilogs ; s'astreint à un travail fatigant comme maîtresse d'école.

Obs. 19. — B... Philomène, 60 ans. Intervention le 27 juillet 1928 (D^r BAUMGARTNER). Anesthésie locale. Ulcère calleux près de la petite courbure. Adhérences. Billroth II.

Sort guérie le 21 août. Pas de nouvelles récentes.

Obs. 20. — J... Pierre, 44 ans. Radio : niche sur la petite courbure. Intervention le 4 octobre 1928 (D^r GOUVERNEUR). Ether. Ulcère de la petite courbure. Billroth II. Ex. histol. : Pas de dégénérescence.

Revu le 13 février 1932 : Pesanteur et gêne après les repas. Jamais de douleur. Mange de tout. Reprenant 10 kilogs, a retrouvé son poids normal. Travail pénible de frappeur.

Obs. 21. — P... Jean, 47 ans. Radio : diverticule sur la petite courbure. Intervention le 5 novembre 1929 (D^r GOUVERNEUR). Ether.

Il s'agit d'un gros ulcère calleux de la petite courbure adhérent au pancréas. Billroth II. Ex. histol. : pas de dégénérescence.

2 janvier 1932 : Excellent état. A repris son métier de magasinier ; ne souffre plus, mange comme tout le monde.

Obs. 22. — M... Louis, 46 ans. Accidents remontant à trois ans. Amaigrissement de 10 kilogs. Radio : sensibilité pylorique, stase. Intervention le 21 novembre 1929 (D^r GOUVERNEUR). Ether. L'ulcère a abouti à un gros bloc calleux de l'antra pylorique adhérent à tous les organes voisins, et s'ouvrant dans le foie et le pancréas sur la largeur d'une paume de main. Finsterer. Ex. histol. : en deux points, début de dégénérescence.

27 février 1932 : Etat parfait. Travaille comme batteur de tapis.

Obs. 23. — Van H..., 27 ans (D^r VOISIN). Crises douloureuses depuis quatre ans, aggravation progressive, a maigri de 20 kilogs. Radio : diverticule sur la petite courbure.

Intervention le 3 janvier 1930 (D^r BAUMGARTNER). Ether. Ulcère calleux dont le fond est formé par le pancréas. Billroth II.

Excellent état jusqu'en janvier 1932, sans suivre de régime. A ce moment entre à la Charité pour pleurésie gauche et troubles d'intolérance gastrique.

Obs. 24. — G... Auguste, 53 ans. Crises douloureuses datant d'un an et demi, se rapprochant. Radio : gros diverticule sur petite courbure.

Intervention le 24 janvier 1930 (D^r BAUMGARTNER). Anesthésie locale, chloroforme pour refaire la paroi. C'est un ulcère calleux de la face postérieure, adhérent à la queue du pancréas. Billroth II. Anastomose des deux pieds de l'anse jéjunale au bouton. Ex. histol. : Pas de dégénérescence.

28 octobre 1931 : A repris son travail de livreur. Mange de tout. Etat parfait.

Obs. 25. — Cl... René, 48 ans (D^r FAURE-BEAULIEU). Douleurs devenues continues et très violentes. Radio : gros diverticule de la petite courbure.

Intervention le 19 février 1930 (D^r BAUMGARTNER). Anesthésie locale et chloroforme. On trouve un ulcère calleux de la face postérieure près de la petite courbure. Billroth II.

4 février 1932 : Etat parfait, mange de tout, se livre même à des excès de boisson. Resté déménageur.

Obs. 26. — D... Charles, 44 ans (D^r DARRÉ). Début remontant à cinq ans. Crises douloureuses avec hématomésès. Radio : gros diverticule sur le tiers supérieur de la petite courbure.

Intervention le 7 mai 1930 (D^r BAUMGARTNER). Ether. Ulcère calleux de la petite courbure très haut situé. Billroth II. Anastomose des deux pieds de l'anse jéjunale au bouton.

15 novembre 1931 : Etat remarquable, a engraisé de 6 kilogs, mange de tout ; ne souffre plus, à part de temps en temps de petites douleurs passagères.

OBS. 27. — L... Eugène, 48 ans (D^r TIXIER). Ulcère avec diverticule à la radio, et stase. Intervention le 26 juillet 1930 (D^r BAUMGARTNER). Anesthésie locale, puis chloroforme. Ulcère haut situé dont le fond est formé par le pancréas. Billroth II.

Au 29 février 1932, a pris 8 kilogs, mange de tout et avec abondance. Quelques petites douleurs de l'hypochondre gauche de temps à autre. Se livre à un travail très dur en fonderie.

OBS. 28. — T... René, 43 ans (D^r ABRAMI). Radio : gros diverticule du tiers moyen de la petite courbure. Intervention le 29 juillet 1930 (D^r BAUMGARTNER). Anesthésie locale et un peu de chloroforme. Ulcère calleux. Billroth II.

Au 29 février 1931 : Etat parfait. Mange comme tout le monde, aucun trouble digestif. A engraisé de 15 kilogs. N'a plus quitté son travail de mécanicien.

OBS. 29. — R... Francis, 30 ans (D^r ABRAMI). Ulcère douloureux persistant malgré une gastro-entérostomie faite ailleurs deux ans auparavant, et une deuxième opération pour « libération d'adhérences ». Radio : gastro-entérostomie fonctionnant bien ; une partie de la baryte passe aussi par le duodénum. Diverticule sur la petite courbure.

Intervention le 29 octobre 1930 (D^r BAUMGARTNER). Ether. On trouve un ulcère calleux très haut sur la petite courbure. La bouche de gastro est petite, ne laissant pas passer l'auriculaire. Résection très étendue enlevant l'anastomose et coupant les deux branches jéjunales. Abouchement de la branche jéjunale efférente dans la partie déclive de la tranche de section de l'estomac, et abouchement de l'anse afférente dans l'anse efférente. Guérison sans incident.

Nouvelles au 22 février 1932 : Excellent état. N'a suivi un régime que pendant six mois. Ne souffre plus, ne vomit plus. A repris son métier de cocher. A engraisé de 20 kilogs.

OBS. 30. — M. D..., 56 ans. Intervention le 9 janvier 1931 (D^r BAUMGARTNER). Ether. Gros ulcère calleux juxta-pylorique. Billroth II.

Revu en excellent état le 16 février 1932. Mange de tout, digère parfaitement. ne souffre plus. A pris plusieurs kilogs.

Obs. 31. — L... Eugène, 50 ans. Depuis deux ans, crises douloureuses se rapprochant de plus en plus ; vomissements. Anorexie. Amaigrissement considérable. Radio : déformation et rétrécissement de l'antra pylorique.

Intervention le 9 janvier 1931 (D^r BAUMGARTNER). Ether. Il s'agit d'un ulcère calleux de la face postérieure du canal pylorique, adhérent au pancréas. Billroth II.

Au 12 février 1932 : Excellent état. Disparition des douleurs ; suit un régime large. A engraisé de 21 kilogs. A repris son métier de maçon.

Obs. 32. — D... Georges, 41 ans. Début il y a deux ans. Série de crises douloureuses avec hématomésés. Amaigrissement considérable. Radio : Cône d'attraction sur le tiers inférieur de la petite courbure.

Intervention le 24 juin 1931 (D^r BAUMGARTNER). Ether. On trouve un énorme ulcère calleux de l'antra pylorique. Billroth II.

Revu le 21 mars 1932 : Résultat parfait, mange absolument de tout sans aucun trouble gastrique. Est passé de 52 à 75 kilogs. N'a plus jamais été arrêté dans son travail qu'il a repris 66 jours après l'opération.

Obs. 33. — L... Jean, 58 ans. Début remontant à 10 ans. Crise récente, atrocement douloureuse, avec intolérance gastrique absolue. Radio : Niche laissant après évacuation une image suspendue.

Intervention le 21 octobre 1931 (D^r BAUMGARTNER). Ether. C'est un ulcère calleux de la petite courbure. Le fond de l'ulcère de la surface d'une pièce de 5 francs, est formé par le pancréas. Billroth II au bouton. Ex. histol. : Pas de dégénérescence.

Revu le 21 décembre 1931 : Etat parfait. Mange de tout, ne souffre pas. A engraisé de 6 kilogs.

Obs. 34. — L... Achille, 52 ans (D^r FAURE-BEAULIEU). Crises douloureuses avec vomissements, répétées depuis deux ans. Amaigrissement considérable. Radio : petit diverticule laissant une image suspendue.

Intervention le 11 décembre 1931 (D^r BAUMGARTNER). Il s'agit d'un ulcère calleux du tiers moyen de la petite courbure. Le fond est formé par le pancréas sur une surface plus grande qu'une pièce de cinq francs. Finsterer. Guérison sans autre incident qu'une désunion de la cicatrice cutanée.

Revu le 11 février 1932 : Paraît guéri, s'alimente normalement, ne souffre plus ; a engraisé de 6 kilogs.

N ^{os}	Date de l'opérat.	Nom et âge	Anesthésie	Lésions découvertes
1	29-3-22	W... René, 37 ans.	Ether	Gros ulcère de la P. C. ouvert dans le foie et le pancréas.
2	30-11-22	A... Prosper, 48 ans.	Ether	Sur D ₁ , une grosse cicatrice sur la face antérieure, un diverticule gros comme le pouce sur la face inférieure.
3	21-2-23	D... Eugène, 34 ans.	Ether	Cicatrice formant tumeur sur la moitié inf. de la P. C., et adhérente à la vésicule.
4	2-5-23	M..., née Martin, 60 ans.	Locale et Chloro.	Gros ulcère calleux de la P. C. ouvert dans le pancréas.
5	10-6-23	M. G..., 45 ans.	Ether	Ulcère du pylore et cholécystite chronique adhérente à l'ulcère.
6	27-11-23	M ^{me} P... R., 60 ans.	Locale et Chloro.	Sténose médiogastrique par gros ulcère de la P. C. adhérent au pancréas. Cholécystite calculieuse.
7	5-12-23	P... Vincent, 35 ans.	Locale et Chloro.	Ulcère de la P. C. étendu et intimement adhérent au pancréas.
8	29-10-24	M... François, 51 ans.	Locale et Chloro.	Ulcère calleux de la P. C. Périgastrique. Périduodénite.
9	3-12-24	R.... Armand, 45 ans.	Locale	U. du pylore adhérent au pancréas + 2 ^e ulcère récent très haut situé.

Dégén.	Technique	Guérison ou mort opératoire	Dernière date où l'opéré a été revu	Suites éloignées
++	B II + Epiplooplastie sur la tranche gastrique.	G		Perdu de vue.
	Pean, difficile, car D ₁ , entouré complètement par le pancréas, n'a pas de péritoine, 3 surjets + épiplooplastie.	M par péritonite		
+	B II au bouton avec suspension de l'anse afférente à l'estomac, au-dessus du bouton.	G	27-1-24	A dû suivre un régime sévère les premiers mois. Mange de tout actuellement, a engraisé de 7 kilogs.
—	B II au bouton. En libérant des adhérences dues à une opération antérieure, le grêle se déchire ; on le répare.	G	16-2-32	Le bouton est retenu au niveau du grêle rétréci par la suture réparatrice. Opération : Résection intestinale. Guérison (31-10-23). Mange de tout actuellement, travaille un peu malgré son âge. Très rarement une digestion pénible.
	B II. Cholécystectomie.	G	15-1-32	Mange de tout, n'a plus jamais souffert, fonctions digestives normales.
	B II au bouton + cholécystectomie.	G	15-1-32	Restée toujours très bien portante. Alimentation normale. Pas de douleurs. Digestions parfaites.
+	B II au bouton. Epiplooplastie sur le pancréas.	G	4-2-24	Excellent état, a déjà pris 5 k. Pas de nouvelles récentes.
	B II au bouton.	G	28-12-31	N'a jamais souffert. Mange de tout, n'a vu aucun médecin depuis l'opération. Chauffeur de taxi.
—	B II.	G		Pas de nouvelles récentes.

N ^{os}	Date de l'opérat.	Nom et âge	Anesthésie	Lésions découvertes
10	29-5-25	D..., née Dubuisson, 55 ans.	Locale + Chloro.	Volumineux ulcère de la face post. près de la P. C., adhérent au pancréas.
11	12-6-25	M... Bernard, 41 ans.	Ether	Ulcère adhérent sur une très large surface du pancréas.
12	9-7-25	M. C..., 55 ans.	Chloroforme	Ulcère calleux de la P. C. prépylorique adhérent à la tête du pancréas.
13	8-1-26	T... Jules, 44 ans.	Locale	Ulcère calleux géant pylorique ayant creusé un diverticule dans la tête du pancréas.
14	24-12-26	G... Marie, 65 ans.	Locale	Ulcère juxta-pylorique cicatrisé. Ulcère calleux du corps, dont le fond est constitué par le mésocolon transverse.
15	12-1-27	G... Eugénie, 54 ans.	Ether	Ulcère calleux de la P. C.
16	26-1-27	R... Annette, 58 ans.	Locale et Chloro.	Ulcère de la face postérieure avec diverticule dans le pancréas.
17	17-3-27	M. F..., 50 ans.	Locale et Chloro.	Ulcère calleux de la partie moyenne de la P. C. adhérent au pancréas.

Régén.	Technique	Guérison ou mort opératoire	Dernière date où l'opéré a été revu	Suites éloignées
+	B II.	G	16-2-32	A pris 30 kilogs en un an et les a gardés ; n'a jamais souffert, mange de tout et travaille encore malgré son âge.
	B II au bouton.	M par suicide (chute par la fen.) le lendem. de son opér.		
	B II.	G	15-1-32	Alimentation normale. Digestions parfaites, jamais aucune douleur, a repris une vie très active.
+	B II au bouton.	G	7-2-32	A repris rapidement 10 kilogs, n'a jamais manqué un jour dans son travail pour maladie. Mange comme tout le monde et ne souffre pas.
—	B II au bouton.	G	17-2-32	N'a jamais senti la moindre douleur abdominale depuis l'opération. Travaille comme domestique. Mange de tout.
—	Finsterer.	G	7-4-32	Bon état jusqu'en 1930, à ce moment, se plaint de digestions difficiles, mais n'a suivi aucun régime. Bonnes nouvelles récentes ; a repris son métier.
	B II au bouton.	G		Pas de nouvelles récentes.
	B II au bouton.	G	14-2-32	Résultat excellent en tous points. Digestions normales, malgré quelques écarts de régime. A repris plus de 16 kilogs. Activité normale.

N ^{os}	Date	Nom et âge	Anesthésie	Lésions découvertes
18	18-5-28	B... Marie, 42 ans.	Locale et Chloro.	Ulcère calleux de la face postérieure adhérent au pancréas.
19	27-7-28	B... Philomène, 60 ans.	Locale	Ulcère calleux de la face ant. près de la P. C. Perigastrite, adhérence
20	4-10-28	J... Pierre, 44 ans.	Ether	Ulcère du tiers supérieur de la P. C.
21	5-11-29	P... Jean, 47 ans.	Ether	Gros ulcère calleux de la P. C. adhérent au pancréas.
22	21-11-29	M... Louis, 46 ans.	Ether	Ulcère formant un gros bloc calleux de l'ant. pylorique et s'ouvrant dans le foie et le pancréas sur la largeur d'une paume de main
23	8-1-30	Van H..., 27 ans.	Ether	Ulcère calleux ouvert dans le pancréas.
24	24-1-30	G... Auguste, 53 ans.	Locale + Chloro.	Ulcère de la face postérieure très haut situé, fond adhérent à la queue du pancréas.
25	19-2-30	Cl... René, 48 ans.	Locale + Chloro.	Ulcère calleux de la face post. près de la P. C.
26	7-5-30	D... Charles, 44 ans.	Ether	Ulcère de la P. C. très haut situé calleux.

Dégén.	Technique	Guérison ou mort	Dernière date où l'opéré a été revu	Suites éloignées
+	B II.	G	28-12-31	Se déclare enchantée du résultat. A pris 13 kilogs. Mange de tout, sauf lait et œufs (diarrhée), travaille comme maîtresse d'école.
	B II.	G		Pas de nouvelles récentes.
—	B II.	G	13-2-32	Revenu à une vie absolument normale. A repris 10 kgs, mange de tout, parfois pesanteur épigastrique non douloureuse, travail très dur. Frappeur dans la charpente de fer.
—	B II.	G	2-1-32	Etat parfait. Travaille comme batteur de tapis, mange de tout et ne souffre pas.
	Finsterer.	G	27-2-32	Excellent état. Travaille comme batteur de tapis. Mange de tout et ne souffre pas.
	B II.	G	18-2-32	Excellent état jusque là sans suivre de régime. A ce moment, entre à la Charité pour pleurésie gauche.
—	B II + jejuno-jejunostomie complémentaire au bouton.	G	28-10-31	Etat parfait. Mange de tout. A repris son travail de livreur.
	B II.	G	4-2-32	Guérison complète, s'alimente normalement avec même des excès de boisson. Est resté déménageur.
	B II + jejuno-jejunostomie complémentaire au bouton.	G	15-11-31	Etat de santé remarquable, a engraisé de 6 kilogs, mange de tout, ne souffre plus.

Nos	Date de l'opérat.	Nom et âge	Anesthésie	Lésions découvertes
27	26-7-30	L... Eugène, 48 ans.	Locale et Chloro.	Ulcère haut situé dont le fond est formé par le pancréas.
28	29-7-30	T... René, 43 ans.	Locale un peu de Chloro.	Ulcère calleux de la P. C.
29	29-10-30	R... Francis,	Ether	Ulcère calleux haut situé sur la P. C. s'aggravant malgré G. E. faite ailleurs, et 2 ^e opération pour libération d'adhérences.
30	9-1-31	M. D..., 56 ans.	Ether	Gros ulcère calleux juxta-pylorique.
31	9-1-31	L... Eugène, 50 ans.	Ether	Ulcère calleux de la face post. du canal pylorique adhérent au pancréas.
32	24-6-31	D... Georges, 41 ans.	Ether	Ulcère calleux de la P. C. Enorme ulcère calleux de l'antré pylorique.
33	21-10-31	L... Jean, 58 ans.	Ether	Ulcère calleux de la P. C. Fond de l'ulcère large comme 2 fr. formé par le pancréas.
34	11-12-31	L... Achille, 52 ans.	Ether	Ulcère calleux de la P. C., le fond est formé par le pancréas sur la largeur d'une pièce de 5 francs.

Dégén.	Technique	Guérison ou mort opératoire	Dernière date où l'opéré a été revu	Suites éloignées
	B II.	G	29-2-32	A pris 8 kilogs. Mange de tout avec abondance, se livre à un travail très dur en fonderie.
	B II.	G	29-2-32	Etat absolument normal, a repris 15 kilogs, n'a jamais quitté depuis son travail de mécanicien.
	Réséction gastrique large enlevant la bouche de gastro. Moynihan.	G	22-2-32	Excellent état. Ne vomit plus, ne souffre plus, n'a suivi de régime que pendant six mois, a repris son métier de cocher.
	B II.	G	16-2-32	Mange de tout. Digère parfaitement, ne souffre plus, a engraisé de plusieurs kil.
	B II.	G	19-2-32	N'a plus jamais ressenti aucun malaise. Suit un régime très large, a engraisé de 21 kil., a repris son métier de maçon.
—	B II.	G	21-3-32	Résultat parfait, mange de tout, ne souffre plus, a engraisé de 20 kilogs, n'a jamais arrêté son travail.
	B II au bouton.	G	21-12-31	A engraisé de 6 kilogs. Mange de tout, ne souffre pas.
	Finsterer.	G	11-2-32	Actuellement guéri, s'alimente normalement, ne souffre plus. A déjà engraisé de 6 kilogs.

INDICATIONS OPÉRATOIRES QUI DÉCOULENT DE CES FAITS

Quelle sera donc notre attitude en face d'un ulcère?

Moins que personne, nous ne serions partisan d'un traitement univoque, réglé une fois pour toute pour chaque maladie.

Nous considérons au contraire que la principale difficulté de notre art est de savoir choisir dans chaque cas particulier parmi les différents traitements connus.

Nous laisserons une juste place au traitement médical loyalement essayé, qui a pour lui, non seulement des succès cliniques, mais quelques guérisons contrôlées anatomiquement.

Disons cependant qu'on devient à l'heure actuelle assez sceptique sur la possibilité de guérison de l'ulcère de la petite courbure. M. GUTMANN (27) déclare qu'on n'a pas été assez sévère sur l'appréciation des cas de guérison, étant connue l'évolution spéciale de l'ulcère par poussées et les accalmies spontanées pouvant s'étendre à plusieurs années.

Il faut reconnaître avec lui qu'« actuellement l'ulcère est en pratique une maladie difficilement curable médicalement, menant souvent, après un temps plus ou moins long, à l'opération ».

Tendant à élargir ainsi les indications opératoires à tout ulcère durable, récidivant, nous insistons en tout cas sur les indications absolues qui sont, en plus des sténoses :

le caractère rebelle de l'ulcère au traitement médical, les crises n'ayant pas cessé dans le délai de six semaines par exemple ;

l'aggravation indiquée par la prolongation, le rapprochement, ou la plus grande intensité des crises,

un amaigrissement important en rapport avec l'affection,

le caractère extensif de l'ulcère reconnu par la présence d'un diverticule ou d'une niche sur le cliché radiographique,

le caractère hémorragique, soit par de petites hémorragies répétées anémiant le malade, soit par des grandes hématomèses dont une seule doit suffire à imposer au malade une intervention assez proche.

Dans tous ces cas « le traitement chirurgical est plus efficace et plus bénin que le traitement médical, car si celui-ci ne tue pas le malade, il le laisse souvent mourir, et cette mort est beaucoup plus fréquente que celle due à l'opération » (Lord MOYNIHAN).

Quelle sera l'intervention à pratiquer?

La résection médio-gastrique semblant devoir céder le pas à la gastrectomie, la sphinctérectomie n'ayant pas encore fait ses preuves, nous ne retiendrons que la gastro-entérostomie et la résection.

Etant reconnus :

les échecs fréquents à longue échéance de la gastro-entérostomie, d'une part,

les excellents résultats obtenus avec régularité chez les réséqués du service de M. BAUMGARTNER, d'autre part, nous croyons devoir étendre les indications de la résection.

Nous ne gardons la gastro-entérostomie que pour le petit ulcère du duodénum et certains ulcères non calleux, cicatrisés ou récents du pylore, dont ils provoquent la sténose.

Nous préconisons la gastrectomie :

non seulement dans les ulcères calleux, térébrants, hémorragiques,

non seulement dans tous les ulcères de la petits courbure, mais pour *tout ulcère gastrique en activité*.

La gastrectomie y est l'opération de choix, la gastro-entérostomie l'opération de nécessité, réservée aux cas à état général trop médiocre, et comme premier temps d'une résection.

La résection nous paraissant à peine plus grave que la simple anastomose, cette opération en deux temps n'a pour nous que de rares indications. Le second temps est particulièrement difficile à faire accepter au malade. D'autre part la poussée congestive produite par le premier temps peut être le point de départ d'une extension brusque d'un ulcéro-cancer.

Par contre, nous insistons pour qu'on n'hésite pas à proposer une réintervention, en vue de gastrectomie s'il y a lieu, à tous les opérés de gastro-entérostomie qui recommencent à souffrir. La résection nous a donné chez ces malades une guérison qu'ils ne croyaient plus pouvoir espérer.

Enfin la résection sera toujours large. Chez un malade anciennement gastro-entérostomisé, elle comprendra l'ancienne bouche de gastro-entérostomie.

Cette gastrectomie large ne permet pas le rétablissement de la continuité gastro-duodénale. Le Péan n'est possible que dans les pylorectomies simples. La gastrectomie étendue ne peut se terminer que par un Billroth II ou une anastomose jéjunale à la tranche gastrique, du type Polya-Finsterer.

CONCLUSIONS

C'est à juste titre que la gastrectomie tend à être préférée par la majorité des auteurs dans tout ulcère calleux ou extensif.

Semblant au premier abord extrêmement mutilante, elle donne en fait des résultats remarquables.

Sa réputation de gravité qui pouvait paraître prohibitive n'est nullement justifiée à l'heure actuelle. Une technique soignée, et peut-être plus encore de multiples précautions pré et post-opératoires ont rendu le risque voisin de celui de la gastro-entérostomie. Dans la statistique intégrale de notre Maître, le Dr Baumgarten, elle ne dépasse pas 3 %.

Elle est plus radicale que la gastro-entérostomie, surtout dans l'ulcère de la petite courbure, si tenace. Elle pare au risque de complications ultérieures de l'ulcère, en particulier de dégénérescences. Elle a donné à M. BAUMGARTNER une constance de guérison étonnante, et pourtant vérifiée à longue échéance.

Elle nous paraît être l'opération de choix dans tout ulcère gastrique évolutif.

Au total :

suppression de la lésion,
risque opératoire réduit au minimum,
sécurité dans les suites opératoires,
qualité de la guérison, qui est le plus souvent complète et définitive,

voilà pour nous, les avantages incontestables qui doivent faire étendre les indications de la résection.

Vu : LE DOYEN :
BALTHAZARD.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :
OMBREDANNE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS :
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) ABADIE. — A propos de 30 opérations pour ulcères gastro-duodénaux (*Soc. de Chir.*, 27 avril 1927.)
- (2) ABADIE. — Résultats éloignés de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie pour les ulcères de l'estomac (*C. au XXXIX^e Congrès fr. de Chir.*, octobre 1930.)
- (3) AUBERT. — Ulcères gastriques traités par la résection (*Soc. de Chir. de Marseille*, novembre 1931.)
- (4) BAUMGARTNER. — Communication à la Soc. de Gastro-Entérologie, 11 avril 1931. (Voir aussi les discussions de cette société en fin 1931 et début 1932.)
- (5) BERGERET et CAROLI. — Résultats de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère (*Presse Médicale*, 21 octobre 1931.)
- (6) BRECKMANN et DELOYERS. — Etude de la topographie des régions élaboratrices de l'H Cl. dans l'estomac (*Presse Médicale*, 21 août 1929.)
- (7) BUTUREANU. — Chirurgie des ulcères gastriques et duodénaux, Jassy, 1928 (*Institute de Arte Grafice*.)
- (8) DELORE. — Les formes multiples et récidivantes de l'ulcère de l'estomac (*Lyon Chirurgical*, t. xxii, N^o 5.)
- (9) DELORE et CREYSSEL. — Des ulcères récidivés post-opératoires (*Journal de Chirurgie*, 1925, t. xxv, p. 385.)
- (10) DELORE. — Double ulcère peptique jéjunal après résection gastrique pour exclusion (*Soc. Méd. de Lyon*, 8 janvier 1930.)
- (11) DELORE et DE GIRARDIER. — Du rétrécissement des orifices de gastro-entéro-anastomose dans les cas d'ulcères gastro-duodénaux (*Presse Médicale*, 1^{er} mars 1930.)
- (12) DELORE et MONNIER. — L'insuffisance de la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère gastro-duodéal. Persistance de l'ulcère après cette intervention (*Presse Médicale*, 31 janvier 1931.)
- (13) DELORE. — Gastrectomie pour ulcère de la petite courbure (*Soc. Méd. de Lyon*, 25 novembre 1931.)

- (14) DELAGENIERE. — De la résection comme moyen d'éviter les complications pulmonaires en chirurgie gastrique (*Soc. de Chir.*, 3 décembre 1930.)
- (15) DESMAREST et DEBRAY. — A propos de 25 gastro-pylorotomies pour ulcère de l'estomac (*Journal de Chir.*, juillet 1928.)
- (16) DONATI (Turin). — Sur le traitement opératoire de l'ulcère gastrique et duodénal (*Annales de Méd. et de Chir.*, 1930, t. 1, Nos 2 et 3, fascicule I.)
- (17) DUVAL (P.), ROUX et MOUTIER. — De la septicité des parois gastriques et des lymphatiques périgastriques dans certains ulcères chroniques gastro-duodénaux (*Soc. de Chir.*, 23 mai 1923.)
- (18) DUVAL (P.) et ROUX. — De la conduite à tenir dans le traitement de l'ulcère du duodénum (*Journal de Méd. et de Chir. pratiques*, 1931, Art. 29.892.)
- (19) FINNEY. — La chirurgie de l'ulcère gastrique et duodénal (*Amer. Journal of Surgery*, décembre 1926.)
- (20) FINSTERER. — Résultats immédiats et éloignés du traitement opératoire de l'ulcère gastrique et duodénal (*Méd. Klin*, 15 et 22 avril 1927.)
- (21) FINSTERER. — Des rapports entre l'étendue de la résection et la guérison définitive des ulcères (*Bruns' Beiträge zur Klin. Chirurgie*, t. CXLVII, No 1, 1929.)
- (22) FINSTERER. — (*Comm. à la Soc. des Chir. de Paris*, 19 février 1932.)
- (23) FOLLIASSON. — Les complications précoces de la gastro-entérostomie (*L'Hôpital*, janvier 1931.)
- (24) GATELLIER. — Résultats tardifs dans le traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux (*Archives des maladies du tube digestif*, novembre 1926.)
- (25) GATELLIER. — (*Com. à la Soc. de gastro-entérologie*, 11 avril 1932.)
- (26) GOSSET. — (*Rapport au XL^e Congrès français de Chirurgie*, octobre 1931.)
- (27) GUTMANN. — Les critères de guérison des ulcères gastriques et duodénaux (*Presse Médicale*, 21 octobre 1931.)
- (29) HARTMANN. — Travaux de Chirurgie, 6^e série, Chirurgie de l'estomac, Masson, 1926 et 1928.
- (30) HARTMANN. — Résultats éloignés du traitement des ulcères de la P. C. (*Gazette des Hôpitaux*, 27 août 1930.)
- (31) HORTOLOMEI. — Gastro-entérostomie ou gastro-pylorotomie large comme traitement des ulcères gastro-duodénaux (*Presse Médicale*, 6 août 1930.)

- (32) HORTOLOMEI et BUTUREANU (Jassy). — Chirurgie de l'ulcère gastrique et duodénal (Masson, 1931.)
- (33) LARDENNOIS (G.). — (Rapport au VIII^e Congrès de la Soc. Intern. de Chir., Varsovie, 22 juillet 1929.)
- (34) LARDENNOIS (H.). — Les méfaits de l'aérophagie en chirurgie gastro-intestinale et l'éducation antiaérophagique des opérés (Com. au 33^e Congrès français de Chirurgie, 1924.)
- (35) LARRIEU. — La perforation de l'ulcère gastrique après la gastro-entérostomie (Revue de Chirurgie, t. LIX, N^o 4.)
- (36) LECENE. — De la fréquence des lésions cancéreuses dans les cas d'ulcérations calleuses de la paroi gastrique (Bull. de la Soc. de Chir., 21 mars 1928.)
- (37) LECENE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, t. III, p. 131. (Masson, 1926.)
- (38) LEFEVRE et BROUSTET. — Indication op. dans les ulcères hémorragiques de l'estomac et du duodénum (Gazette des Sciences Méd. de Bordeaux, 23 mars 1930.)
- (39) LERICHE. — Examen critique des idées actuelles sur le traitement des ulcères gastro-duodénaux en fonction de nos connaissances sur l'histo-physiologie gastrique (Soc. de Chirurgie, 6 février 1928.)
- (40) LERICHE. — (Rapport au XL^e Congrès français de Chirurgie, oct. 1931.)
- (41) LEWISOHN. — La gastrectomie partielle comparée à la gastro-entérostomie dans le traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux (Journal of the Amer. Med. Assoc., 12 novembre 1927.)
- (42) METRAUX. — Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie postérieure simple dans les ulcères de l'estomac et du duodénum (Thèse de Lausanne, 1920, chez Payot.)
- (43) METRAUX. — Résultats éloignés de 210 gastro-entérostomies (Revue Médicale de la Suisse Romande, t. XL, n^o 9, 1920, p. 569.)
- (44) MOUTIER. — Les énigmes de l'ulcère gastro-duodénal (Revue Médicale française, mars 1932.)
- (45) MOYNIHAN. — Diagnostic et traitement des ulcères gastriques (British Med. Journ., n^o 3076, 15 décembre 1919, p. 765.)
- (46) MOYNIHAN. — Disappointment after gastro-entérostomie (British Med. Journal, 1919, p. 33.)
- (47) MOYNIHAN. — Traitement de l'ulcère par gastrectomie (British Med. Journ., n^o 3079, 1919.)
- (48) MOYNIHAN. — Traitement chirurgical de l'ulcère gastrique (Rapport au 88^e Congrès de la British Méd. Journal, 24 juillet 1920.)
- (49) MOYNIHAN. — Valeur de la gastro-entérostomie dans l'ulcère gastrique (British Med. Journal, décembre 1928.)

- (50) MURARD. — La vaccination pré-opératoire en chirurgie gastrique (*Presse Médicale*, 20 septembre 1930.)
- (51) NEUMANN. — Contribution au traitement des ulcères gastriques et duodénaux (*Soc. des Hôp. de Bruxelles*, 11 avril 1931.)
- (52) OKINCZYĆ. — (*Com. à la Soc. de gastro-entérologie*, 11 avril 1932.)
- (53) OLIANI (Trieste). — L'ulcère gastrique et duodénal dans la chirurgie moderne, (Bologne, 1929, Cappelli.)
- (54) PAUCHET. — La gastro-entérostomie simple est souvent insuffisante pour guérir l'ulcère duodénal (*Paris Chirurgical*, décembre 1925.)
- (55) PAUCHET. — Ulcus géants de l'estomac, traitement (*Acad. de Méd.*, 20 janvier 1931.)
- (56) ROSSI et SCALONE (Milan). — Résultats de la résection de l'estomac pour ulcère gastrique et duodénal (*La Clinica Chirurgica*, sept. 1929.)
- (57) SCHWARTZ. — Ulcères peptiques post-opératoires (*Bruns' Beiträge zur Klin. Chirurgie*, 1929, N° 1.)
- (58) STARLINGER. — Résultats du traitement chirurgical pour des ulcères gastro-duodénaux au cours de 25 ans (*Archiv. für Klin. Chir.*, 6 août 1927.)
- (59) STARLINGER. — L'ulcère récidivant à la suite des résections gastriques pour ulcères gastriques ou duodénaux (*Archiv. f. Klin. Chir.*, 4 novembre 1930.)
- (60) WEISS et GURRIARRAN. — Rapportés par P. DUVAL, Ulcères gastro-duodénaux expérimentaux (*Soc. de Chir.*, 18 janvier 1930 et 12 décembre 1931.)
- (61) WEISS et HAMANT. — (*Soc. Méd. de Nancy*, 14 janvier 1920.)

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	11
INTRODUCTION	13
Etat actuel de la discussion sur la physiologie de l'estomac.....	15
Idées actuelles des Chirurgiens. Arguments qu'ils apportent.....	21
1 ^o Objections faites à la gastro-entérostomie.....	22
2 ^o Avantages de la résection.....	24
Classement de nos malades	29
Opération	31
Soins pré-opératoires.....	31
Technique opératoire : Anesthésie.....	32
— Gastrectomie	34
Soins post-opératoires.....	37
Mortalité opératoire	39
Suites opératoires	41
Examen des pièces	43
Avenir des opérés de gastrectomie.....	45
Etude radiologique des résections.....	49
Résultats fournis par l'emploi du bouton.....	50
Succès de la gastrectomie là où la G. E. a échoué.....	50
Observations	53
Tableaux	60
Indications opératoires qui découlent de ces faits	69
CONCLUSIONS	73
BIBLIOGRAPHIE	75

